



VidaCaixa

PÓLIZA N°: 2004660

**DUPLICADO
DEVOLVER FIRMADO
A LA ASEGURADORA**

CONTRATO SEGURO DE GRUPO MIXTO
SUSCRITO ENTRE
BANCO ESPAÑOL DE CREDITO, S.A.
Y
VIDACAIXA, S.A.

MADRID, 26 DE ABRIL DE 2013

Seguro de Grupo Mixto (Ahorro y Riesgo) Condiciones Particulares

Impreso condiciones generales nº: CGSGM2-01.02

Contrato denominado en Euros a todos los efectos

Datos generales

Descripción producto: SEGURO DE GRUPO MIXTO (AHORRO Y RIESGO)

Póliza núm.: 2004660

Fecha efectividad: 28 -noviembre - 2012

Tomador

Nombre: BANCO ESPAÑOL DE CREDITO, S.A.

N.I.F.: A28000032

Domicilio: Avd. Gran Vía Hortaleza, 3, 28033-MADRID.

Entidad Aseguradora

Nombre: VIDACAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

N.I.F.: A-58333261

Domicilio: C/. Juan Gris 20-26 08014-BARCELONA

Mediador

Nombre: TOWERS WATSON DE ESPAÑA, S.A.

N.I.F.: A28804144

Domicilio: C/ Suero de Quiñones, 40-42 2ª Planta 28002-MADRID

Preliminar

Este contrato al instrumentar compromisos por pensiones, se rige específicamente por lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones (Real Decreto Legislativo 1/2002 de 29 de noviembre, BOE 13/12/2002), en el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, y en el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y Beneficiarios, aprobado por Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre.

Objeto del contrato

Esta póliza tiene por objeto instrumentar los compromisos por pensiones asumidos por el Tomador con su personal en virtud de lo detallado en el ACUERDO COLECTIVO DE TRANSFORMACIÓN Y SUSTITUCIÓN EN BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO, S.A. DEL SISTEMA DE COMPLEMENTOS DE PENSIÓN PREVISTO EN EL XXII CONVENIO COLECTIVO DE BANCA PARA PERSONAL EN ACTIVO PRE-80, firmado el pasado 27 de noviembre de 2012.

En concreto, los compromisos objeto del presente contrato son los referidos en la estipulación CUARTA. CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL NUEVO SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL, así como lo previsto en el Anexo II a la presente póliza y teniendo en cuenta lo establecido en la estipulación séptima del mencionado acuerdo colectivo.

La instrumentación de los compromisos por pensiones señalados se realiza por medio de este contrato de seguro mediante el pago de las prestaciones aseguradas que se mencionan en el apartado "PRESTACIONES ASEGURADAS" de estas Condiciones Particulares, quedando bien entendido que la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos apéndices o suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda.

Se adjunta como Anexo I, el texto literal del citado acuerdo, facilitado por el tomador, no siendo en ningún caso responsabilidad de la aseguradora la interpretación y cuantificación de dichos compromisos, contemplados en el citado Anexo I.

La aseguradora ha determinado las rentas vitalicias aseguradas de cada uno de los asegurados, derivadas de la aportación inicial por servicios pasados de cada uno de los asegurados comunicada por el tomador, garantizando los importes y vencimientos que figuran en el Anexo III a).

Grupo Asegurable

Personas que cumpliendo con las condiciones de adhesión, el tomador autorice a incluir en la póliza y la entidad aseguradora acepte asegurar.

Igualmente pertenecerán al grupo asegurable aquellas personas que, aún no cumpliendo con los requisitos establecidos en el párrafo anterior, el tomador autorice a incluir en póliza y la entidad aseguradora acepte asegurar al objeto de figurar como segundo asegurado y beneficiario de una renta reversible.

En caso de optarse por la transformación de capitales en rentas pertenecerán al grupo asegurable, aquellas personas que no perteneciendo inicialmente a dicho grupo, la entidad aseguradora acepte asegurar.

Grupo Asegurado

Conjunto de personas que prestan o han prestado servicio activo en la Entidad Tomadora del seguro y sus beneficiarios y son objeto de derecho del compromiso de pensiones regulado en este contrato, de acuerdo con la relación de asegurados, primas y prestaciones del Anexo III a) y/o Certificados Individuales de Seguro.

Asegurados

Las personas cuyos nombres figuran en el Anexo III a), "Relación de Asegurados, primas y prestaciones" a esta póliza, cuyas fechas de nacimiento y demás circunstancias personales así como las prestaciones figuran en los certificados individuales de seguro emitidos al efecto.

Beneficiarios

- En el caso de las prestaciones de jubilación e incapacidad, el beneficiario será el propio asegurado.
- En caso de fallecimiento, con carácter general, las personas designadas por el trabajador. A falta de designación expresa, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con las siguiente prelación, que en todo caso resultará excluyente:
 - El cónyuge supérstite del asegurado, no separado legalmente o la pareja de hecho debidamente acreditada en cuanto a los años de convivencia, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Seguridad Social para los supuestos de pensión de viudedad
 - Los hijos del asegurado a partes iguales
 - Los padres del asegurado a partes iguales
 - Otros herederos legales del asegurado conforme con las normas establecidas por el Código Civil para la sucesión intestada
- En los casos de fallecimiento de activo, o de inválidos en los que operen las coberturas del régimen de prestaciones mínimas de riesgos, deberán determinarse las prestaciones de viudedad y orfandad que resulten de la aplicación del citado régimen de prestaciones, siendo acreedores de las rentas que conforme al mismo les correspondan, o en su caso, de los capitales en que pudieran ser transformadas. En el caso de que existiera un sobrante de los derechos económicos, los beneficiarios podrán ser designados libremente conforme a lo previsto en el punto anterior.

Modificaciones en el grupo asegurado

El Tomador del Seguro se obliga a comunicar al Asegurador las variaciones en el colectivo asegurado por altas o bajas. Anualmente se efectuará la correspondiente regularización de primas y en su caso rescates. Cualquier omisión en este sentido dará lugar a las rectificaciones y abonos o devoluciones de prima pertinentes.

Cláusula de error administrativo

El Tomador está obligado a comunicar a la Compañía Aseguradora las altas, bajas y modificaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado. Las bajas causarán efecto en el seguro de Grupo el mismo día en que hayan tenido lugar, mientras que las altas tomarán efecto desde el momento de su incorporación en la empresa Tomadora y las modificaciones en el momento de producirse, con independencia de su comunicación posterior e incluso de las posibles omisiones y/o errores en dicha comunicación, siempre y cuando reúnan las siguientes condiciones:

- a) A la fecha en que debería haber sido comunicado, no estar en IT, tramitando ningún tipo de Incapacidad, ni tengan ningún tipo de Incapacidad concedida en el momento de incorporarse al seguro. En todos los casos, existirá un análisis previo con la compañía aseguradora antes de decidir la incorporación al seguro.
- b) Acreditar la existencia de error administrativo aportando el documento de alta en la Seguridad Social, copia del TC2 o documento análogo.
- c) Que las consecuencias del siniestro, provengan de un riesgo cubierto en póliza y sufrido posteriormente a la incorporación en la empresa del afectado.

Las modificaciones que no hayan sido comunicadas por el tomador y aceptadas por el asegurador, para que tomen efecto deben tener una base objetiva y deben ser acreditadas documentalmente.

En los casos en que el capital asegurado se defina en función de una variable predeterminada (salario o capital fijo establecido en Convenio Colectivo) y exista discrepancia entre el indicado en póliza y el mismo, se indemnizará en base a este último previa demostración fehaciente del mismo, regularizando la prima correspondiente, y teniendo siempre en cuenta las normas de suscripción indicadas anteriormente (definición Grupo Asegurado) tanto para altas como para incrementos de capital.

Se establece un plazo de tres anualidades de seguro para que el Tomador subsane el error. Transcurrido este plazo desde que un Asegurado debió causar alta o debiera haberse modificado su prestación sin que exista comunicación al respecto, si ocurriera el siniestro el Asegurador no deberá indemnizarlo.

Todo lo contenido en esta cláusula se entenderá sin perjuicio de que el Asegurador realice la tarificación oportuna.

En el caso de indemnizar un siniestro de una persona o incremento no comunicado, el tomador deberá pagar todas las primas debidas.

Efecto y duración del contrato

El presente contrato de seguro toma efecto el día 28 de noviembre de 2012 y permanecerá vigente hasta el vencimiento de todos los boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro incluidos en el mismo.

Los boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro que se suscriban tomarán efecto en la fecha que se indique en los mismos, siempre que se haya abonado con carácter previo la prima correspondiente, y estarán vigentes hasta el pago de la última de las prestaciones que, de acuerdo con las condiciones del contrato, deba satisfacer la entidad aseguradora.

Cláusula 1. Objeto del seguro: prestaciones aseguradas

El beneficiario, en el momento de causar derecho a alguna de las prestaciones que se detallan a continuación, podrá elegir alguna de las forma de cobro indicadas no pudiendo modificar dicha forma de cobro en el futuro, manteniéndose invariable a lo largo del tiempo en el que está cobrando la mencionada prestación.

La aseguradora garantizan única y exclusivamente los riesgos y prestaciones que se describen a continuación y en tanto no se modifiquen las presentes Condiciones Particulares

En el caso de que ocurra alguno de los siguientes riesgos amparados bajo esta póliza:

- A. Supervivencia a una fecha determinada (prestación de jubilación)
- B. Fallecimiento por cualquier causa
 - a. Antes de la fecha de inicio de la prestación de jubilación
 - b. Con posterioridad al inicio del cobro de la prestación de jubilación
- C. Fallecimiento en acto de servicio para el personal activo
- D. Fallecimiento en acto de servicio por causas violentas para el personal activo
- E. Incapacidad permanente total o absoluta por cualquier causa
- F. Incapacidad permanente total o absoluta por acto de servicio por causas violentas

La aseguradora garantiza, las prestaciones que a continuación se indican:

A.- Jubilación (supervivencia a una fecha determinada):

- a) Derivado de la **aportación inicial por servicios pasados** contemplada en la cláusula 5.A.1 de la presente póliza, una renta vitalicia mensual pospagable, con reversión en caso de fallecimiento de la provisión matemática de la cobertura de supervivencia correspondiente a las rentas pendientes de abonar, para los beneficiarios designados por el asegurado.
- En el momento de la jubilación el asegurado podrá modificar esta prestación y podrá optar por cobrar:
 - En forma de capital en un solo pago, en cuyo caso percibirá el valor de realización de los activos afectos a dicha provisión matemática a su nombre a fecha de jubilación, según Anexo VII "Cláusula de transformación en Capital a fecha de vencimiento".
 - En forma de renta, en una modalidad distinta a la inicialmente asegurada. En ese caso, se determinará el valor de realización de los activos afectos a dicha provisión matemática a su nombre a fecha de jubilación, según Anexo VII "Cláusula de transformación en Capital a fecha de vencimiento". En base al valor de realización obtenido, el asegurado podrá contratar la modalidad de renta que considere oportuna de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora.
 - En forma mixta:
 - Percibiendo una parte de la renta vitalicia inicialmente asegurada, en el porcentaje elegido por el asegurado, en forma de capital. En este caso, percibirá el valor de realización de los activos afectos a la provisión matemática correspondiente a su nombre a fecha de jubilación, según Anexo VII "Cláusula de transformación en Capital a fecha de vencimiento".
 - Percibiendo en forma de renta, la parte de renta no capitalizada según el párrafo anterior. Esta renta la podrá percibir según las condiciones iniciales de aseguramiento bien en una modalidad distinta. En ese caso, se determinará el valor de realización de los activos afectos a dicha provisión matemática a su nombre a fecha de jubilación, según Anexo VII "Cláusula de transformación en Capital a fecha de vencimiento". En base al valor de realización obtenido, el asegurado podrá contratar la modalidad de renta que considere oportuna de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora.
 - El inicio del cobro de esta renta está establecido en la fecha de jubilación prevista recogida en el Anexo III a).
 - Si el trabajador no se jubila a dicha edad, se adecuará la renta vitalicia a la edad de jubilación efectiva.
 - En caso de retraso de la fecha de jubilación, el inicio del cobro de la prestación se pospondrá a la fecha de jubilación efectiva. Las mensualidades que se hubieran devengado desde la fecha estimada hasta la fecha efectiva de jubilación, se capitalizarán mensualmente al tipo anual establecido en el apartado 2.2 de la cláusula de la presenta póliza sin gastos ni recargos de ningún tipo hasta la fecha de inicio de cobro de la prestación, sin que se altere la renta inicialmente contratada ni las condiciones de su reversión.

Con el resultado de la capitalización anteriormente indicada, se abonará un pago único en la fecha efectiva de jubilación, una renta equivalente o una combinación de ambas modalidades, de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora.

- En caso de adelanto de la fecha de jubilación, el asegurado podrá mantener la renta asegurada desde la fecha de cobro prevista inicialmente. En caso contrario, el asegurado podrá transformar la renta inicialmente contratada en otra que se adecúe a la nueva fecha de jubilación, de conformidad con lo que la aseguradora le ofrezcan en ese momento. En este caso y de cara a la determinación de la nueva renta, el valor de la provisión matemática a la fecha efectiva de jubilación de la renta inicialmente contratada, se corresponderá con el valor de realización de los activos afectos a esa provisión.
- b) Derivado de las **aportaciones futuras** definidas en la cláusula 5.A.2 de la presente póliza, un capital igual a la provisión matemática individual de la póliza de seguros y que podrán percibir de una sola vez, en forma de renta equivalente o una combinación de ambas modalidades, de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, con las bases técnicas que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora, con las mejores condiciones económicas posibles.
- En caso de retraso de la fecha de jubilación, el inicio del cobro de la prestación se pospondría a la fecha de jubilación efectiva, percibiéndose en ese momento la provisión matemática que hubiese a la fecha estimada de jubilación más la rentabilidad obtenida por la aplicación de la base técnica definida en el punto 2.2.a) de la cláusula 2 "Bases técnicas de la póliza".
 - En caso de adelanto de la edad de jubilación, podrá percibir la provisión matemática a la fecha de jubilación efectiva, en cualquiera de las modalidades previstas por la legislación vigente, siempre y cuando las aportaciones futuras hayan sido aseguradas bajo el esquema de mínimo interés garantizado más participación en beneficios financieros. Para aquellas aportaciones futuras que hayan sido aseguradas bajo el esquema de tipo garantizado de interés *matcheado*, el importe de la prestación a percibir a la fecha de jubilación efectiva se corresponderá con el valor de realización de los activos afectos a la provisión matemática a esa fecha. En todo caso, el asegurado podrá optar por mantener el cobro a la fecha de jubilación prevista en el aseguramiento, obteniendo la provisión matemática a esa fecha.
- c) Derivado de la **aportación extraordinaria**, si procede de acuerdo con lo establecido en la estipulación octava del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza, un capital igual a la aportación extraordinaria y que podrán percibir de una sola vez, en forma de renta equivalente o una combinación de ambas modalidades, de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora,

B.- Fallecimiento por cualquier causa:*a) Antes de la fecha de inicio del cobro de la prestación de jubilación***a.1 Personal en activo**

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado durante la vigencia del seguro, la aseguradora garantizan el pago de la prestación de fallecimiento recogida en la relación de asegurados y prestaciones del Anexo III b) y/o Certificados Individuales de Seguro. El/los beneficiario/s podrá/n percibir la prestación bajo alguna de las siguientes modalidades:

- Prestaciones definidas en forma de renta

En este caso, el cónyuge supérstite y los huérfanos percibirán una renta tal como se define en el punto segundo del Anexo I al acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza. En todo caso la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda.

- Prestación en forma de capital

En la fecha de siniestro, el capital estará formado por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación y el capital en riesgo. Tal como se indica en el apartado 4.2 de la estipulación cuarta (bases técnicas y criterios de valoración) del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza, se entiende por capital en riesgo el importe positivo resultante de minorar el capital constitutivo de las rentas aseguradas por fallecimiento, por el importe de la provisión matemática constituida para la garantía de jubilación, ambos importes calculados a la fecha del hecho causante.

Con el fin de asignar esta prestación, se distribuirá la provisión matemática total de jubilación de forma proporcional al capital individual constitutivo de la prestación de cada beneficiario, respecto al importe agregado de los capitales del conjunto de beneficiarios, con el límite de dicho capital individual.

A efectos de asignación y percepción de los beneficiarios, la provisión matemática total de jubilación estará constituida por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación derivada de la Aportación por servicios pasados capitalizada a la fecha de pago de la prestación y el importe de las Aportaciones Futuras netas capitalizadas por anualidades completas transcurridas al tipo de interés técnico garantizado más la participación en beneficios si la hubiere correspondientes a jubilación.

- Prestación en forma mixta

Los beneficiarios podrán modificar la modalidad de percepción de las prestaciones garantizadas, eligiendo entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora,. En todo caso, cada beneficiario tendrá como límite para establecer sus prestaciones, el importe del capital que individualmente le corresponda conforme a lo previsto en el punto anterior.

En caso de que la provisión matemática total generada por la contingencia de jubilación fuera superior al capital constitutivo de las prestaciones definidas en forma de renta en este apartado, esa diferencia será percibida por los beneficiarios designados por el asegurado, pudiendo elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En caso de percibir la prestación en forma de renta, la base técnica aplicable será la establecida en el apartado 1 del artículo 10 de las presentes condiciones particulares.

En caso de que el asegurado hubiera ejercido la opción de rescatar la provisión matemática de jubilación por enfermedad grave, a efectos de determinar la prestación definida en este apartado B, se estará a lo establecido en el apartado 4.2 *Contingencias de Incapacidad permanente y fallecimiento en activo* del punto 4 de la estipulación cuarta del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza.

a.2 Personal que no se encuentre en activo al servicio del tomador

o Prestación en forma de capital

En la fecha de siniestro, el capital a asignar a cada beneficiario estará formado por la parte que le resulte asignable de la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación derivada de la Aportación por servicios pasados y el importe de las Aportaciones Futuras netas capitalizadas por anualidades completas transcurridas al tipo de interés técnico garantizado más la participación en beneficios si la hubiere correspondientes a jubilación, conforme a la designación que hubiera realizado el asegurado, o del régimen subsidiario de identificación de beneficiarios.

o Prestación en forma mixta

Los beneficiarios podrán elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En todo caso, cada beneficiario tendrá como límite para establecer sus prestaciones, el importe del capital que individualmente le corresponda conforme a lo previsto en el punto anterior.

b) *Con posterioridad al inicio del cobro de la prestación de jubilación*

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, la aseguradora garantizan a los beneficiarios designados por el asegurado el pago de la provisión matemática no consumida de la renta de supervivencia definida en el punto a) del apartado A del artículo 9 de la presente póliza, es decir la correspondiente a las rentas pendientes de abonar a la fecha de fallecimiento, siempre que no se hubiera producido la capitalización o transformación de dicha prestación derivada.

Esta prestación se podrá percibir bien:

- En forma de capital
- En forma de renta
- En una combinación de ambas modalidades

Para el cobro en forma de renta, las condiciones aplicables serán conformes con lo previsto en la legislación vigente, aplicando siempre las mejores posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora.

C.- Fallecimiento en acto de servicio para personal en activo:

En caso de fallecimiento en acto de servicio del asegurado activo durante la vigencia del seguro, la aseguradora garantiza el pago de la prestación de fallecimiento recogida en la relación de asegurados y prestaciones del Anexo III b) y/o Certificados Individuales de Seguro. El/los beneficiario/s podrá/n percibir la prestación bajo alguna de las siguientes modalidades:

○ Prestaciones definidas en forma de renta

En este caso, el cónyuge superviviente y los huérfanos percibirán unas rentas tal como se definen en el punto 2 del apartado A del Anexo II a la presente póliza, más una renta tal como se define en el punto segundo del Anexo I al acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza. En todo caso la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda

○ Prestación en forma de capital

En la fecha de siniestro, el capital estará formado por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación y el capital en riesgo. Tal como se indica en el apartado 4.2 de la estipulación cuarta (bases técnicas y criterios de valoración) y en la estipulación séptima (Supuestos especiales de contingencias de riesgo) del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza, se entiende por capital en riesgo el importe positivo resultante de minorar los capitales constitutivos de las rentas aseguradas definidas en el apartado anterior por el importe de la provisión matemática constituida para la garantía de jubilación, ambos importes calculados a la fecha del hecho causante.

Con el fin de asignar esta prestación, se distribuirá la provisión matemática total de jubilación de forma proporcional al capital individual constitutivo de la prestación de cada beneficiario, respecto al importe agregado de los capitales del conjunto de beneficiarios, con el límite de dicho capital individual.

A efectos de asignación y percepción de los beneficiarios, la provisión matemática total de jubilación estará constituida por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación derivada de la Aportación por servicios pasados capitalizada a la fecha de pago de la prestación y el importe de las Aportaciones Futuras netas capitalizadas por anualidades completas transcurridas al tipo de interés técnico garantizado más la participación en beneficios si la hubiere correspondientes a jubilación.

○ Prestación en forma mixta

Los beneficiarios podrán modificar la modalidad de percepción de las prestaciones garantizadas, eligiendo entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora,. En todo caso, cada beneficiario tendrá como límite para establecer sus prestaciones, el importe del capital que individualmente le corresponda conforme a lo previsto en el punto anterior.

En caso de que la provisión matemática total generada por la contingencia de jubilación fuera superior al capital constitutivo de las prestaciones definidas en forma de renta en este apartado, esa diferencia será percibida por los beneficiarios designados por el asegurado, pudiendo elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora,. En este último caso, la base técnica aplicable será la establecida en el apartado 1 del artículo 10 de las presentes condiciones particulares.

En caso de que el asegurado hubiera ejercido la opción de rescatar la provisión matemática de jubilación por enfermedad grave, a efectos de determinar la prestación definida en este apartado C, se estará a lo establecido en el apartado 4.2 *Contingencias de Incapacidad permanente y fallecimiento en activo* del punto 4 de la estipulación cuarta del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza.

El derecho a percibir las prestaciones definidas en este apartado excluye la percepción de las prestaciones definidas en el apartado B a.1. *Fallecimiento por cualquier causa del personal en activo* del presente artículo

D.- Fallecimiento en acto de servicio por causas violentas para personal en activo:

En caso de fallecimiento en acto de servicio por causas violentas del asegurado activo durante la vigencia del seguro, la aseguradora garantizan el pago de la prestación de fallecimiento recogida en la relación de asegurados y prestaciones del Anexo III b) y/o Certificados Individuales de Seguro. El/los beneficiario/s podrá/n percibir la prestación bajo alguna de las siguientes modalidades:

o Prestación en forma de renta

En este caso, el cónyuge superviviente y los huérfanos el cónyuge superviviente y los huérfanos percibirán unas rentas tal como se definen en el punto 3 del apartado A del Anexo II a la presente póliza, más una renta tal como se define en el punto segundo del anexo I al acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza. En todo caso la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda

o Prestación en forma de capital

En la fecha de siniestro, el capital estará formado por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación y el capital en riesgo. Tal como se indica en el apartado 4.2 de la estipulación cuarta (bases técnicas y criterios de valoración) y en la estipulación séptima (Supuestos especiales de contingencias de riesgo) del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza, se entiende por capital en riesgo el importe positivo resultante de minorar los capitales constitutivos de las rentas aseguradas definidas en el apartado anterior, por el importe de la provisión matemática constituida para la garantía de jubilación, ambos importes calculados a la fecha del hecho causante.

Con el fin de asignar esta prestación, se distribuirá la provisión matemática total de jubilación de forma proporcional al capital individual constitutivo de la prestación de cada beneficiario, respecto al importe agregado de los capitales del conjunto de beneficiarios, con el límite de dicho capital individual.

A efectos de asignación y percepción de los beneficiarios, la provisión matemática total de jubilación estará constituida por la suma de la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación derivada de la Aportación por servicios pasados capitalizada a la fecha de pago de la prestación y el importe de las Aportaciones Futuras netas capitalizadas por anualidades completas transcurridas al tipo de interés técnico garantizado más la participación en beneficios si la hubiere correspondientes a jubilación.

o Prestación en forma mixta

Los beneficiarios podrán modificar la modalidad de percepción de las prestaciones garantizadas, eligiendo entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En todo caso, cada beneficiario tendrá como límite para establecer sus prestaciones, el importe del capital que individualmente le corresponda conforme a lo previsto en el punto anterior.

En caso de que la provisión matemática total generada por la contingencia de jubilación fuera superior al capital constitutivo de las prestaciones definidas en forma de renta en este apartado, esa diferencia será percibida por los beneficiarios designados por el asegurado, pudiendo elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora,. En este último caso, la base técnica aplicable será la establecida en el apartado 1 del artículo 10 de las presentes condiciones particulares.

En caso de que el asegurado hubiera ejercido la opción de rescatar la provisión matemática de jubilación por enfermedad grave, a efectos de determinar la prestación definida en este apartado D, se estará a lo establecido en el apartado 4.2 *Contingencias de Incapacidad permanente y fallecimiento en activo* del punto 4 de la estipulación cuarta del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza.

El derecho a percibir las prestaciones definidas en este apartado excluye la percepción de las prestaciones definidas en el apartado B *Fallecimiento en acto de servicio para personal en activo* del presente artículo y las prestaciones definidas en el apartado C.- *Fallecimiento en acto de servicio para personal en activo*.

E.- Incapacidad permanente total o absoluta por cualquier causa:

1) Personal en activo

En caso de incapacidad permanente total o absoluta por cualquier causa del asegurado durante la vigencia del seguro y antes de la fecha efectiva de jubilación, la aseguradora garantizan el pago de la prestación de incapacidad recogida en la relación de asegurados y prestaciones del Anexo III b). El beneficiario percibirá la prestación bajo la siguiente modalidad:

- o Prestación en forma de renta

En este caso, el asegurado percibirá una renta tal como se define en el apartado primero del Anexo I al acuerdo colectivo que se incluye como Anexo I a la presente póliza. En caso de fallecimiento del inválido, las rentas serán las establecidas en el apartado B del Anexo II a la presente póliza. En todo caso la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda

En caso de que la provisión matemática generada por la contingencia de jubilación fuera superior al capital constitutivo de la renta de incapacidad y sus posibles prestaciones derivadas, esa diferencia será percibida por el beneficiario, pudiendo elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En este último caso, la base técnica aplicable será la establecida en el apartado 1 del artículo 10 de las presentes condiciones particulares.

En caso de que el asegurado hubiera ejercido la opción de rescatar la provisión matemática de jubilación por enfermedad grave, a efectos de determinar la prestación definida en este apartado E, se estará a lo establecido en el apartado 4.2 *Contingencias de Incapacidad permanente y fallecimiento en activo* del punto 4 de la estipulación cuarta del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza.

2) Personal que no se encuentre en activo

El beneficiario podrá percibir la prestación bajo alguna de las siguientes modalidades:

- Prestación en forma de capital

En la fecha de siniestro, el capital a asignar al beneficiario estará formado por la provisión matemática correspondiente a la garantía de jubilación.

- Prestación en forma mixta

El beneficiario podrá elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En todo caso, las prestaciones a percibir por el beneficiario resultarán equivalentes al importe del capital que le corresponda conforme a lo previsto en el punto anterior.

F.- Incapacidad permanente total o absoluta en acto de servicio por causas violentas

En caso de incapacidad permanente total o absoluta como consecuencia de violencias ejercidas sobre el asegurado hallándose en acto de servicio durante la vigencia del seguro y antes de la fecha efectiva de jubilación, la aseguradora garantiza el pago de la prestación de incapacidad recogida en la relación de asegurados y prestaciones del Anexo III b). El beneficiario percibirá la prestación bajo la siguiente modalidad:

- Prestación en forma de renta

En este caso, el asegurado percibirá una renta tal como se define en el punto 3 del Anexo I del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza más una renta tal como se define en el apartado primero del Anexo I al acuerdo colectivo que se incluye como Anexo I a la presente póliza. En caso de fallecimiento del inválido, las rentas serán las establecidas en el apartado B del anexo II a la presente póliza. En todo caso la responsabilidad de la aseguradora alcanza única y exclusivamente el pago de las prestaciones, que anualmente vaya facilitando el Tomador, cuyo importe vendrá reflejado en los sucesivos suplementos a la póliza, siempre y cuando el Tomador haya hecho efectivo el pago de la prima que corresponda.

En caso de que la provisión matemática generada por la contingencia de jubilación fuera superior al capital constitutivo de la renta de incapacidad y sus posibles prestaciones derivadas, esa diferencia será percibida por el beneficiario, pudiendo elegir el cobro de sus prestaciones entre las diferentes combinaciones de capital y/o renta de conformidad con lo previsto en la legislación vigente, determinadas con las bases técnicas y las mejores condiciones posibles que en dicho momento puedan ofrecer la aseguradora. En este último caso, la base técnica aplicable será la establecida en el apartado 1 del artículo 10 de las presentes condiciones particulares

En caso de que el asegurado hubiera ejercido la opción de rescatar la provisión matemática de jubilación por enfermedad grave, a efectos de determinar la prestación definida en este apartado E, se estará a lo establecido en el apartado 4.2 *Contingencias de Incapacidad permanente y fallecimiento en activo* del punto 4 de la estipulación cuarta del acuerdo colectivo que se adjunta como Anexo I a la presente póliza.

El derecho a percibir las prestaciones definidas en este apartado excluye la percepción de la prestación definida en el apartado E *Incapacidad permanente total o absoluta por cualquier causa* del presente artículo.

Se considerará que el Asegurado se encuentra afectado por una Invalidez Permanente si así lo reconoce el Organismo Competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La fecha de reconocimiento de efectos de la invalidez será:

- La fecha de efectos económicos que marque la resolución del INSS que reconozca la situación de invalidez, o la que fije la sentencia judicial si se reconoce en vía de jurisdicción.
- Cuando esta sea consecuencia de accidente, la fecha de ocurrencia del mismo.

En caso de no existir documento acreditativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se estará a lo estipulado en el Condicionado General adjunto y que forma parte integrante del Contrato.

Cláusula 2. Bases Técnicas de la póliza

1.- Fallecimiento e Incapacidad permanente antes de haber iniciado el cobro de la prestación de jubilación:

Para el cálculo del capital constitutivo de las rentas definidas en la cláusula 1 apartado B.a) y apartados C, D, E y F:

- Tablas demográficas: PERM/F2000 P o las que la legislación vigente establezca en sustitución.
- Tipo de interés técnico para la constitución del capital: 2.89% los primeros 30 años, y resto 2.50%. Este tipo de interés será también aplicable para el caso de transformación en renta, cuando la provisión matemática que cubre la contingencia de jubilación, fuera superior al capital constitutivo de la renta de fallecimiento o invalidez.
- Gastos de administración: 0,5% sobre las rentas

Para el cálculo de las primas anuales:

- Para las prestaciones de fallecimiento por cualquier causa: 50% GKM 95 al 2% de tipo de interés con gastos del 12% sobre la prima.
- Para las prestaciones de incapacidad: 30% de las tasas de incapacidad permanente total y absoluta de la Orden Ministerial de 1977 con gastos del 12% sobre la prima.
- Para las prestaciones de fallecimiento en acto de servicio: una tasa de 0,895 por cada 10.000 euros de capital.
- Para las prestaciones de fallecimiento en acto de servicio por causas violentas: una tasa de 0,179 por cada 10.000 euros de capital.
- Para las prestaciones de incapacidad permanente total en acto de servicio por causas violentas: una tasa de 0,268 por cada 10.000 euros de capital.
- Para las prestaciones de incapacidad permanente absoluta en acto de servicio por causas violentas: una tasa de 0,179 por cada 10.000 euros de capital.

La tarifa de primas anuales aplicables para los riesgos cubiertos en este punto son las que se detallan en el Anexo IV "Tarifa de primas".

En cada suplemento a la póliza que suponga pago de prima, ésta se determinará conforme a las bases técnicas definidas en este punto manteniéndose invariable durante toda la vigencia de la póliza, salvo en lo referente a las tablas demográficas, que se estará a lo establecido en la nueva legislación.

2.- Prestación de jubilación (supervivencia a una fecha determinada) y fallecimiento una vez iniciado el cobro de la prestación de jubilación:

2.1. Aportación por servicios pasados o Prima única inicial asignada a inversiones

- o Tablas demográficas: PERM/F2000 P o las que la legislación vigente establezca en sustitución.
- o Tipo de Interés técnico: 4,90% los primeros 40 años, y resto 2,50%
- o Gastos de administración: 0,10% sobre la prima

Esta prima no dará lugar a participación en beneficios.

En caso de cambio de tabla demográfica por exigencia de la legislación vigente, las prestaciones aseguradas no se verán modificadas en ningún caso por lo que el tomador de la póliza no se verá obligado al pago de ninguna prima adicional para el mantenimiento de las mismas.

2.2. Aportaciones futuras

Con periodicidad anual, la comisión de seguimiento decidirá alguna de las siguientes modalidades de aseguramiento detalladas a continuación y el tomador de la póliza se lo comunicará a la aseguradora.

a) *Primas únicas sucesivas no vinculadas a inversiones*, en cuyo caso la base técnica a aplicar sería la siguiente:

- Tablas demográficas: PERMF 2000 o las que la legislación vigente establezca en sustitución.
- Tipo de interés técnico: Interés máximo fijado por la DGS anualmente menos 50pb
- Gastos de administración: 0,50% sobre la prima
- Participación en beneficios financieros: 90%

Estas condiciones serán aplicables para toda la duración de la póliza y exclusivamente para el grupo asegurado o para aquellos trabajadores que se encontraran en situación de excedencia laboral a la fecha de efecto de la póliza.

b) *Primas únicas sucesivas vinculadas a inversiones*, en cuyo caso la base técnica estará en función de la política de inversión de la aseguradora y la legislación específica en materia de inversiones, vigente en cada momento

Cláusula 3. Regularizaciones por modificaciones en los datos del grupo asegurado

Para el cálculo de las regularizaciones futuras se aplicarán las tablas de mortalidad vigentes en la aseguradora y sobre la determinación del tipo de interés aplicable a los tipos de aportaciones futuras se establecerá en función de la situación de los mercados, volatilidad y liquidez de los mismos y de acuerdo a la política de inversión de la aseguradora.

Se permitirá netear flujos negativos con los flujos de la aportación positiva anual, siempre y cuando, dichos flujos negativos no superen el 10% de la aportación positiva y las duraciones modificadas entre las partidas negativas y positivas no difieran en más de tres años.

Cláusula 4. Participación en beneficios

Participación en los resultados financieros para las aportaciones no vinculadas a inversiones.

Se acuerda la participación del tomador en los beneficios financieros de la póliza.

Anualmente, la entidad aseguradora asignará un porcentaje del 90% en los resultados financieros que se produzcan en virtud de las de las aportaciones no vinculadas a inversiones.

La fecha de referencia a los efectos del presente cálculo será el 31 de Diciembre de cada año.

A estos efectos, la entidad aseguradora elaborará al término de cada periodo anual la cuenta de resultados financieros con la siguiente estructura:

DEBE:

- Quebrantos, gastos y tributos por realizaciones y cambios de los activos afectos.
- Amortizaciones de las inversiones materiales afectas a la cobertura de las provisiones técnicas de las prestaciones a las que afecta esta participación en beneficios imputables a las mismas.
- El resultado de aplicar el tipo de interés técnico garantizado a las provisiones de seguros de vida de las prestaciones a las que afecta esta participación en beneficios durante el periodo.
- Resultados negativos del periodo anterior.

HABER:

- Intereses, dividendos y cualesquiera productos (netos de gastos e impuestos directamente aplicables) generados en el periodo por las inversiones afectas.
- Beneficios o plusvalías realizadas (netos de gastos e impuestos directamente aplicables) obtenidas por la enajenación o realización las inversiones afectas durante el ejercicio.

A efectos de cuantificación de las diferentes partidas de la cuenta de participación en resultados financieros anterior, se entenderá por inversiones afectas la masa de inversiones en las que se encuentra invertida la provisión de seguros de vida de las prestaciones a las que afecta esta participación en beneficios.

Aplicación de los resultados financieros

El saldo de la cuenta de resultados se determinará por la entidad aseguradora durante el mes siguiente a la fecha indicada en el apartado anterior, no siendo exigible hasta la terminación del plazo de un mes señalado.

Si el saldo de la citada cuenta fuera positivo, el importe que resulte de aplicar a este saldo el porcentaje de participación en beneficios pactado se destinará a incrementar las prestaciones comprándose un capital diferido a la jubilación con reembolso de la provisión matemática en caso de fallecimiento, al cierre del periodo anual considerado en el cálculo de la cuenta de resultados, con efectos posteriores a dicha fecha.

Cláusula 5. Importe y pago de la prima

El tomador del seguro está obligado al pago de una prima por cada adhesión que se integre en el presente contrato. La prima correspondiente a cada adhesión tiene el carácter de única.

Para las prestaciones descritas en la cláusula 1 de la presente póliza, se determinan las siguientes primas:

A.- Prestación de jubilación (supervivencia a una fecha determinada) y fallecimiento una vez iniciado el cobro de la prestación de jubilación:

A.1. Aportación por servicios pasados o Prima única inicial asignada a inversiones

La prima abonada es de 164.915.826,26 € (ciento sesenta y cuatro millones novecientos quince mil ochocientos veintiséis euros con veintiséis céntimos de euro)

A.2. Aportaciones Futuras

Las primas posteriores, tanto de nuevas aportaciones, incorporaciones como de regularizaciones, se determinarán conforme a lo dispuesto en la cláusula 2 BASES TÉCNICAS de estas Condiciones Particulares

B.- Fallecimiento e incapacidad permanente, antes de la fecha de inicio del cobro de la prestación de jubilación

Se concede reajuste de primas de tarifa para cada anualidad sucesiva en función de la siniestralidad de la anterior, estableciendo el porcentaje de reajuste sobre la desviación favorable en un 95 %.

La desviación favorable de la siniestralidad, se determinará por diferencia entre el 95% de la prima neta de cada año, correspondiente al Seguro Principal y Complementarios, y el importe de los siniestros ocurridos en el mismo año en todas las garantías.

La prima de renovación para cada anualidad, será la que resulte de deducir de la prima calculada, conforme se prevé en la cláusula 2.1 Bases técnicas de la póliza, el importe determinado conforme a los párrafos anteriores.

Asimismo, se concede un anticipo trimestral sobre el reajuste de primas, en caso que proceda, el cual se aplicará a cada recibo trimestral de primas para minorar su importe. En el Anexo VIII a la presente póliza se detalla el procedimiento que se seguirá para determinar cada recibo.

Las renovaciones se producirán cada 1 de enero. En caso de no producirse la renovación, la aseguradora reembolsará al tomador el importe resultante del reajuste de primas mencionado anteriormente, con la retención correspondiente.

La prima por el período de 28/11/2012 a 31/12/2012 es de 96.266,16 € (noventa y seis mil doscientos sesenta y seis euros con dieciséis céntimos de euro), siendo el importe del consorcio 872,99 Euros (ochocientos setenta y dos euros con noventa y nueve céntimos de euro).

Cláusula 6. Derechos económicos

En el supuesto de extinción de la relación laboral con anterioridad a la fecha jubilación, por causas diferentes a las contingencias de incapacidad y fallecimiento en situación de activo, el asegurado mantendrá los derechos económicos previstos en el apartado A de la cláusula 2 de estas condiciones particulares, conforme a las aportaciones que hubiera devengado, pudiendo generar las prestaciones correspondientes a dichas aportaciones al acaecimiento de las contingencias cubiertas. En estos casos, no serán aplicables las garantías mínimas de prestaciones de incapacidad y fallecimiento de activo.

Este mismo régimen será aplicable a las situaciones de suspensión de la relación laboral que no comporten la obligación de realizar aportaciones y/o coberturas de prestaciones definidas mínimas de riesgos.

Cláusula 7. Imputación fiscal de primas

De acuerdo a lo manifestado por el tomador del seguro, las primas a favor de los asegurados, no serán imputadas fiscalmente a los asegurados si la legislación lo permite.

Cláusula 8. Valores garantizados

La aseguradora no concederán anticipos sobre las prestaciones aseguradas.

El Tomador no podrá ceder o pignorar la Póliza.

Respecto a la contingencia de jubilación, el Tomador podrá ejercer el derecho de rescate de la Póliza en los siguientes supuestos:

- Al objeto de mantener en la Póliza la adecuada cobertura de los Compromisos, de forma que una vez alcanzada la cobertura comprometida, sólo se podrá rescatar aquella parte que exceda de dichos compromisos en cada momento.

Este derecho podrá ser ejercitado por el Tomador en la parte de prima que no hubiese sido imputada fiscalmente al trabajador.

- Asimismo, el tomador podrá ejercer el derecho de rescate para su integración en otra póliza o instrumento de exteriorización de compromisos por pensiones, conforme a la legislación vigente. En este caso, será requisito indispensable que se acredite la posibilidad de movilización mediante la presentación de un Acuerdo Colectivo de eficacia general por el que se convenga con la representación de los trabajadores, los términos y condiciones de dicha movilización. Dicho derecho de rescate se ejercerá mediante solicitud al Asegurador suscrita por tomador y representantes de los trabajadores.

Respecto a la contingencia de jubilación, el asegurado podrá ejercer el derecho de rescate en los siguientes supuestos:

- En caso de cese o extinción de la relación laboral del Asegurado con la Entidad Tomadora del Seguro, el Asegurado podrá movilizar el importe del rescate a otra Póliza de Seguro que instrumente Compromiso por Pensiones, conforme a las previsiones legales al respecto.
- En caso de enfermedad grave o desempleo de larga duración del Asegurado, éste podrá ejercitar el derecho de rescate, siempre y cuando esta situación se produzca en los términos establecidos en el Real Decreto 304/04 de 20 de Febrero por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de pensiones

La cuantía del valor de rescate será el siguiente:

- En caso de enfermedad grave: será el valor de la provisión matemática correspondiente a la contingencia de jubilación
- En caso de desempleo de larga duración, cese o extinción de la relación laboral, movilización y resto de supuestos de rescate será la suma de:
 - Primas únicas sucesivas no vinculadas a inversiones: 100% de las provisiones matemáticas calculadas con las bases técnicas utilizadas para el cálculo de las primas y relativas a cada Asegurado, tanto del seguro principal como de la participación en beneficios asignada.
 - Prima única vinculada a inversiones: valor de realización de los activos financieros será el obtenido según el protocolo recogido en el Anexo V PROTOCOLO DE OBTENCIÓN DEL VALOR DE MERCADO EN RESCATES.

Cláusula 9. Composición de la cartera e información de la cartera

Se hace constar expresamente que la aseguradora constituirá una cartera independiente para esta póliza de seguro cuya denominación y composición se encuentra detallada en el anexo V Protocolo de obtención del valor de mercado en rescates.

En lo que se refiere a la información, la aseguradora deberá facilitar semestralmente o a requerimiento del tomador el detalle de la cartera de activos y el valor de realización incluyendo el desglose referido en el punto anterior

Cláusula 10. Condiciones de admisión

En relación a los asegurados incluidos en el Anexo I que se acompaña a las presentes condiciones particulares, la entidad aseguradora únicamente solicitará el cuestionario para la valoración del riesgo al objeto de conocer el sexo y la fecha de nacimiento de los asegurados y renuncia a su facultad de exigir al tomador y a los asegurados la declaración de estado de salud, así como el sometimiento de éstos últimos a reconocimiento médico.

No obstante lo anterior, la inclusión posterior en el seguro de grupo de aquellas personas que tengan capital asegurado superior a 500.000€, está condicionada a la cumplimentación de los siguientes requisitos:

- Capital superior a 500.000€:
 - Reconocimiento Médico.

La Compañía asumirá los incrementos de capital de los asegurados con independencia de la situación laboral en la que se encuentren (IT / tramitando invalidez) con las siguientes condiciones:

- Si el incremento se debe a causas objetivas (IPC, Convenio, nº de hijos, categoría, etc.), sólo para incrementos superiores a un 30% del capital asegurado se deberá consultar con la Compañía. Dicho incremento se deberá consultar con la Compañía siempre que el capital total asegurado supere los 2.000.000,00 €.

- Si el incremento se debe a causas no objetivas (plus de productividad, etc.) se deberá cumplimentar declaración de salud solo si dicho incremento es superior a un 20% del capital asegurado, con el límite absoluto de 50.000,00 €. Para incrementos superiores se deberá consultar con la Compañía.

El personal en situación de incapacidad temporal tendrá derecho a las mejoras posteriores de las coberturas aseguradas por aumento de salarios o de sumas aseguradas. Dichas mejoras no podrán exceder del incremento medio experimentado por la totalidad del colectivo asegurado. En caso de siniestro, el Asegurador podrá recabar pruebas fehacientes de que los incrementos del capital asegurado corresponden efectivamente.

Cláusula 11. Riesgos Excluidos

En derogación de lo establecido en la cláusula 15ª de las Condiciones Generales que acompañan a la presente póliza, se hace constar que son de aplicación única y exclusivamente los riesgos excluidos que figuran a continuación:

- Quedan excluidos de todas las garantías de la póliza los riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, cubiertos o excluidos por el Consorcio de Compensación de Seguros en los términos recogidos en cada momento en la legislación vigente, sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Quedan modificados y/o derogados todos aquellos artículos de las Condiciones Generales que estén en contradicción con las presentes Condiciones Particulares.

Cláusula 12. Impuestos y recargos

Las cantidades que en concepto de prestaciones aseguradas abonan la aseguradora, en todo caso, son cuantías brutas, de forma que los impuestos y recargos que corresponda aplicar deberán ser soportadas por los perceptores de las prestaciones del seguro. A estos efectos, se entiende por recargo, cualquier tasa o tributo que pueda establecer cualquier Órgano Público competente pero, en ningún caso, se entenderá como tal los gastos de administración de la aseguradora

Cláusula 13. Requisitos formales para el cobro de las prestaciones aseguradas

La aseguradora podrán solicitar regularmente la acreditación de la supervivencia de los asegurados y de los beneficiarios. En concreto:

1. Los Asegurados y Beneficiarios, en período de devengo, estarán obligados a justificar a la Compañía Aseguradora su supervivencia anualmente, previo requerimiento de ésta.
2. En caso de incumplimiento del requisito anterior, las Compañías suspenderán el pago de la renta mensual a partir de los treinta días.

Dicho período de treinta días empezará a contarse al finalizar el plazo indicado en la petición de la aseguradora. Cuando el pago de la renta mensual fuera suspendido por la causa mencionada anteriormente, la aseguradora, tan pronto se justifique la supervivencia, procederá a hacer efectivas las rentas pendientes de pago, sin que éstas generen intereses de demora a favor del Beneficiario.

3. No obstante lo anterior, la aseguradora se reservan el derecho de comprobar la supervivencia del Beneficiario en cualquier momento, durante la vigencia del contrato.
4. Si se constatase el fallecimiento del asegurado, la aseguradora procederán, en su caso, a recuperar las prestaciones percibidas indebidamente por el beneficiario desde la fecha en que acaeció el mismo

Cláusula 14. Certificado Individual de Seguro

La Compañía Aseguradora emitirá, a favor de cada uno de los Asegurados, un Certificado Individual de Seguro en el que además de los datos personales del Tomador y Compañías Coaseguradoras, figurarán los datos personales del Asegurado, el importe de las rentas garantizadas a fecha de jubilación que tendrá derecho y la provisión matemática asociada a estas rentas, la periodicidad de las rentas y, en su caso, su crecimiento. Asimismo, se incluirá, la provisión matemática asociada a las aportaciones futuras.

Asimismo, en dicho Certificado Individual de Seguro, la Compañía Aseguradora deberá informar al titular del mismo, de los procedimientos internos y externos de reclamación ante la aseguradora, así como recoger la cláusula de tratamiento y cesión de los datos personales del Asegurado

Cláusula 15. Comunicaciones

De conformidad con lo establecido en el artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el tomador asume la obligación de entregar a los asegurados toda la información requerida en los artículos 104 a 106 de dicho Reglamento, incluyendo las notas informativas.

Cláusula 16. Documentación que deberá aportarse en caso de acaecimiento de la contingencia/siniestro

En caso de acaecimiento de la contingencia/siniestro, a efectos de percibir la prestación correspondiente deberá aportarse los siguientes documentos:

16.1.- Prestación por la contingencia de jubilación del asegurado

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
2. Resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social reconociendo la situación de jubilación.
3. Documentación que acredite que el asegurado no ha sido declarado en situación de incapacidad en los grados de absoluta y permanente para todo trabajo y/o gran invalidez, según lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente, y que, asimismo, no se encuentra incurso en procedimiento de declaración de incapacidad en alguno de los grados antes indicados.
4. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
5. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra causa justa.

16.2.- Prestación/es por la/s contingencia/s de incapacidad permanente, incapacidad permanente por accidente e incapacidad permanente por accidente de circulación del asegurado, en función de los grados de incapacidad contratados

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
2. Resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social o sentencia judicial firme reconociendo la situación de incapacidad total y permanente para la profesión habitual, incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo o gran invalidez.

A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia judicial será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del Juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia realizada de oficio por el Juzgado.

3. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de invalidez objeto de cobertura, la fecha en que se produjo el accidente o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
4. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
5. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra causa justa.

16. 3.- Prestación por la contingencia de fallecimiento, fallecimiento por accidente y fallecimiento por accidente de circulación del asegurado

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
2. Certificado literal de defunción del asegurado.
3. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento, la fecha en que se produjo el accidente o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
4. En su caso, documentación que acredite que, con anterioridad al fallecimiento, el asegurado no ha sido declarado en situación de incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo y/o gran invalidez, según lo previsto en el régimen correspondiente de la Seguridad Social.
5. En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense, así como un certificado médico donde se indique que el asegurado se encontraba en perfecto estado de salud y no padecía ninguna enfermedad que le pudiese ocasionar la muerte repentina.
6. Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la entidad aseguradora emitirá el correspondiente certificado para el pago del impuesto.
7. El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.
8. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
9. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

Cláusula 17. Tratamiento y Cesión de Datos Personales

A tenor de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, el tomador manifiesta que las eventuales cesiones de ficheros de datos personales de los asegurados y beneficiarios que tenga que realizar o haya realizado, para su incorporación en los ficheros de la entidad aseguradora VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris 20-26, se producen a los efectos de cumplir la obligación de instrumentar los compromisos por pensiones contraídos por el tomador del seguro con las personas que formen parte del grupo asegurable/asegurado y con los beneficiarios, impuesta a la empresa cesionaria por la normativa vigente.

A tal efecto, los datos de los asegurados y beneficiarios que se faciliten por el tomador son necesarios para valorar y determinar el riesgo, para calcular el importe de las prestaciones y efectuar su pago a través de domiciliación bancaria.

Asimismo, el tomador autoriza a la entidad aseguradora para que los datos personales indicados, así como los que pudieran generarse en caso de siniestro, sean tratados automáticamente o no, en los ficheros de la entidad aseguradora y sean conservados con fines estadísticos actuariales y de prevención del fraude, aún en el caso de que se extinga la póliza por expiración de su duración o por cualquier otra causa.

El tomador del seguro también autoriza que los datos personales suministrados de los asegurados y beneficiarios, singularmente los generados en caso de siniestro, puedan ser cedidos a entidades reaseguradoras de la póliza y a la Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, "con domicilio en Barcelona (08028), Avda. Diagonal 621-629 y a cualquier entidad en que esta entidad tenga participación accionarial, en cuanto que dichas cesiones resulten ser necesarias para la gestión y administración del seguro y para ofrecer al interesado un mejor servicio.

Las cesiones referidas en los párrafos anteriores no comprenderán los datos especialmente protegidos por la Ley Orgánica 15/1999 y, en especial, los relativos al estado de salud del asegurado, salvo que se disponga de autorización expresa de los asegurados y beneficiarios para la cesión de estos datos.

Lo pactado en los párrafos anteriores se entiende sin perjuicio de que los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados en la Ley Orgánica 15/1999, pueden ser ejercitados en el domicilio de los titulares de los ficheros antes mencionados, o en su caso, en el domicilio de las entidades cesionarias.

El tomador garantiza a la entidad aseguradora la legítima tenencia y disposición de los datos objeto de cesión, así como haber informado a los asegurados y beneficiarios de la práctica de las cesiones autorizadas en la presente cláusula. Y asume, asimismo, la obligación de notificar a los asegurados y beneficiarios la cesión de datos a las entidades reaseguradoras que se produzcan con posterioridad a la firma de la póliza.

El afectado queda informado de que en el momento de la firma del contrato se produce la primera cesión de datos a las empresas y entidades mencionadas anteriormente.

Cláusula 18. Moneda aplicable al contrato

Todos los cargos y abonos que se efectúen por razón del seguro, así como los importes que se indican en este contrato, son en euros.

Cláusula 19. Documentación que se adjuntan al presente contrato

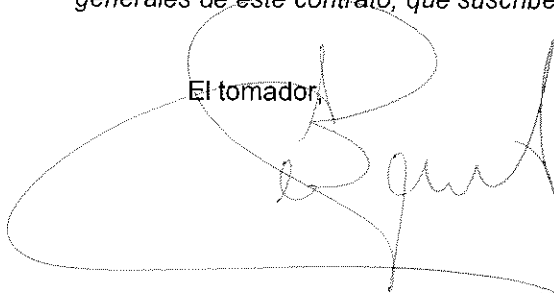
- CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.
- CONDICIONES PARTICULARES.
- NOTA INFORMATIVA QUE ACOMPAÑA A LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES
- Anexo I: SÓLO A TITULO INFORMATIVO NO VINCULANTE: ACUERDO COLECTIVO DE TRANSFORMACIÓN Y SUSTITUCIÓN EN BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO, S.A. DEL SISTEMA DE COMPLEMENTOS DE PENSIÓN PREVISTO EN EL XXII CONVENIO COLECTIVO DE BANCA PARA PERSONAL EN ACTIVO PRE-80
- ANEXO II:
 - A) FALLECIMIENTO EN ACTO DE SERVICIO
 - B) VIUDEDAD Y ORFANDAD
- ANEXO III: RELACION DE ASEGURADOS Y PRESTACIONES
- ANEXO IV: TARIFAS DE PRIMA
- ANEXO V: PROTOCOLO DE OBTENCIÓN DEL VALOR DE MERCADO EN RESCATES
- ANEXO VI: CLÁUSULA DE TRANSFORMACIÓN EN CAPITAL A FECHA DE VENCIMIENTO POR SUPERVIVENCIA
- ANEXO VII: CLÁUSULA DE REAJUSTE DE PRIMAS EN FUNCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD

Localidad y fecha de expedición: En Madrid, 26 de Abril de 2013

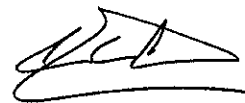
Quedan sin efecto las cláusulas de las condiciones generales que contradigan a las presentes condiciones particulares.

El tomador reconoce haber recibido de la entidad aseguradora, en la fecha de celebración de este contrato, y con anterioridad a su suscripción, toda la información requerida en los artículos 104 a 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, incluida la nota informativa. Igualmente, el tomador reconoce haber sido informado expresamente y haber recibido en este acto de la entidad aseguradora, junto con las presentes condiciones particulares, las condiciones generales. En testimonio de conformidad con todo lo anterior, las partes aceptan las condiciones particulares y generales de este contrato, que suscriben en este acto.

El tomador,



La entidad aseguradora,



 VidaCaixa

El abajo firmante acepta expresamente las exclusiones y cláusulas limitativas de sus derechos cuyo contenido conoce y que figuran destacadas en **negrita** en las condiciones generales **1, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 18 y 23** y en las condiciones particulares. Asimismo acepta expresamente la condición particular **17**, relativa al tratamiento y cesión de datos personales.

El tomador,

Seguro de Grupo Mixto (Ahorro y Riesgo) Condiciones Generales

Impreso condiciones generales nº: CGSGM2-01.02

RÉGIMEN DEL CONTRATO

El presente contrato tiene por objeto instrumentar los compromisos por pensiones que el tomador tiene asumidos con el grupo asegurado, en la forma y términos en que la entidad aseguradora garantiza la/s prestación/nes que se regulan en las condiciones generales y particulares y que se recoge/n en los boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro correspondientes y suplementos a éstos, y siempre que se realice por parte del tomador el pago efectivo de las primas pactadas.

A tal efecto, el presente contrato queda sujeto al régimen previsto en la disposición adicional primera del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre (en adelante TRLPFP), y en su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios (en adelante RICP), siendo aplicable, en lo que corresponda, las condiciones establecidas en las disposiciones transitorias cuarta, quinta y sexta del TRLPFP. En lo que no contradiga este régimen especial, se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, así como por lo establecido en el Real Decreto Legislativo, 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y por las demás normas reguladoras de los seguros privados. Asimismo, se rige por lo convenido en las condiciones generales, particulares y en los boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro de este mismo contrato y los suplementos o anexos a éstos.

Las partes acuerdan expresamente, previo pago de la prima que en su caso proceda, introducir en la póliza todas las modificaciones para que la misma instrumente, en la medida en que sea necesario, y se adapte a los compromisos por pensiones de la empresa existentes en cada momento, con sus trabajadores y beneficiarios, sin que tales modificaciones den lugar a la extinción de la relación contractual originaria recogida en la póliza.

CLÁUSULA PRELIMINAR:

DEFINICIONES:

Entidad Aseguradora: Persona jurídica que asume el pago de las prestaciones convenidas en la póliza dentro de las condiciones pactadas si se produce el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Tomador: Empresa que, junto con la entidad aseguradora, suscribe el contrato para instrumentar los compromisos por pensiones asumidos con los miembros del grupo asegurado.

En el caso de que los compromisos por pensiones asegurados contemplaran la aportación de los trabajadores para la financiación de las primas, la empresa figurará como tomador del seguro por cuenta de los trabajadores, en la parte correspondiente a las contribuciones realizadas por éstos.

Se considerará empresa a las personas jurídicas, cualquiera que sea su naturaleza, que tengan nacionalidad española, domicilio en territorio nacional o cuyo principal establecimiento o explotación radique en el mismo, así como a las personas físicas, en cuanto asuman con sus trabajadores compromisos por pensiones. Tendrán igualmente esta consideración las comunidades de bienes y demás entidades que, aún carentes de personalidad jurídica, sean susceptibles de asumir con sus trabajadores compromisos por pensiones, así como, con idénticos requisitos, las entidades extranjeras con agencias, sucursales y establecimientos en territorio nacional.

En el ámbito del sector público se considerarán empresas a las entidades públicas empresariales y a las

sociedades mercantiles en cuyo capital participen, directa o indirectamente, las Administraciones públicas o entidades u organismos vinculados o dependientes de las mismas.

Asimismo, según lo establecido en la Disposición final segunda del TRLPFP, podrán ser tomador las Administraciones públicas, incluidas las Corporaciones Locales, las entidades, organismos de ellas dependientes y las empresas participadas por las mismas.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta al propósito de asegurarse.

Asegurado: Cada una de las personas físicas sobre cuya vida se estipula el seguro y figura en la relación de personas incluidas en el contrato.

En las prestaciones de rentas con reversión, se distingue entre:

- a) Primer asegurado: aquél cuyo fallecimiento genera el derecho a la reversión.
- b) Segundo/Tercer asegurado: aquél cuya vida determina la duración de la renta revertida.

En el caso de contratarse rentas con reversión se considerará segundo/tercer asegurado el que figure en Anexo I a condiciones particulares o suplementos a éstas y que se recogerá, en su caso, en el boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro.

En el caso de que el segundo/tercer asegurado no cumpla los requisitos del compromiso para ostentar dicha condición o estos requisitos fueran cumplidos por una persona ajena al contrato de seguro y a los exclusivos efectos de las prestaciones aseguradas en los términos establecidos en la póliza, el tomador tendrá la facultad de modificar las prestaciones aseguradas de la adhesión al objeto de adecuarlas a los compromisos por pensiones asumidos con los asegurados/beneficiarios y previo pago, en su caso, de la prima correspondiente.

En tanto no se produzca la modificación a que se refiere el párrafo anterior mantendrá la condición de segundo/tercer asegurado la última persona que figure en Anexo I a condiciones particulares o suplementos a éstas y que se recogerá, en su caso, en el boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro, en los términos informados por el tomador y aceptados por la entidad aseguradora.

Grupo Asegurado: Conjunto de asegurados.

Adherente/asegurado: Aquel asegurado que perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión y suscribe el boletín de adhesión a la póliza.

Beneficiario: Persona física en cuyo favor se generen las prestaciones garantizadas por este contrato, según los compromisos asumidos y asegurados por el tomador, e identificada en condiciones particulares o boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro.

Póliza: Documento privado justificativo del contrato; en él se recogen las condiciones generales, las particulares, los boletines de adhesión y/o los certificados individuales de seguro, y los suplementos o anexos a ellos que pudieran ser emitidos con el fin de proceder a una actualización, complementación o modificación del contrato.

Prima: El precio del seguro. La factura o documento equivalente contendrá además de la prima, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Fecha de vencimiento: Aquella fecha en la que el contrato o la adhesión, según sea el caso, quedarán extinguidos por haberse realizado el pago de la última de las prestaciones que, de acuerdo con las condiciones del contrato, deba satisfacer la entidad aseguradora.

Fecha de devengo: Aquella fecha en la que la prestación es exigible, según se hubiera convenido y siempre que se cumpla la/s condición/es fijada/s para ello.

Periodo de carencia: Periodo que media hasta la fecha de inicio del periodo de cobertura de cada prestación contratada.

Periodo de cobertura: Periodo en el que debe ocurrir el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura en cada una de las prestaciones garantizadas.

Periodo de diferimiento: El que media entre la fecha de efectividad de las garantías contratadas y el inicio del periodo correspondiente al devengo de la prestación pactada en póliza.

Periodo de devengo: Aquel durante el cual se percibe la prestación pactada en póliza.

Provisión de seguros de vida: La diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras de la entidad aseguradora (prestaciones) y las del tomador (primas) o, en su caso, del asegurado.

Accidente: Las referencias al concepto "accidente" y, en particular, las establecidas en la definición de las "Prestaciones contratables complementarias" deberán entenderse como toda lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado. **En ningún caso se considerará accidente:**

a) **El infarto de miocardio**, entendiéndose como tal la muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco (miocardio), consecuencia de la obstrucción de una o varias arterias coronarias, confirmada por un historial de dolor precordial de pecho, alteraciones en los electrocardiogramas y enzimas cardíacas (fracción MB de la creatincinasa) superiores a los niveles normales de laboratorio.

b) **La apoplejía o accidente cerebrovascular**, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

c) **Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social**, lumbagos, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbooso (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

d) **La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica**, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

Accidente de circulación: El accidente definido en los términos antes indicados, cuando derive del uso y circulación de vehículos por vías y bienes de dominio público, garajes y aparcamientos, así como por vías privadas que no estén especialmente destinadas o acotadas para el desarrollo por dicho vehículo de un trabajo o labor industrial o agrícola, y que sobrevenga al asegurado en alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando, sin ocupar plaza en ningún vehículo, las lesiones sufridas sean causadas por cualquier vehículo terrestre en movimiento.
- b) Conduciendo u ocupando plaza de pasajero en vehículo terrestre.
- c) Ocupando plaza como pasajero en un medio de transporte público de personas terrestre, aéreo, marítimo o fluvial.

Riesgo agravado: Calificación que se otorga cuando en el asegurado concurren determinadas circunstancias que contribuyen a incrementar el riesgo que es objeto de cobertura. Estas circunstancias pueden ser debidas a su estado de salud –evaluado mediante dictamen médico aceptado por la entidad aseguradora-, a la profesión que ejerza y/o a la actividad/es lúdicas y/o deportivas que éste pudiera realizar durante el periodo de cobertura de cada una de las prestaciones contratadas.

CLÁUSULA 1ª.- OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato la entidad aseguradora se obliga, a cambio de la percepción de la prima, a pagar al/los beneficiario/s las prestaciones previstas en condiciones particulares y/o boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro y suplementos que se emitan, de ocurrir la contingencia asegurada en cada una de las prestaciones contratadas, todo ello en los términos y condiciones comunicados, en cada momento, por el tomador y aceptados por la entidad aseguradora y previo pago, en su caso, de la prima correspondiente de conformidad con lo establecido en la póliza.

1.- Prestaciones contratables

1.1- Prestación básica: Jubilación

Prestación por supervivencia en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida en caso de supervivencia del asegurado en la fecha de devengo que se determine y siempre que se produzca la contingencia objeto de cobertura.

La contingencia por la que se satisfará esta prestación básica, según se determine en condiciones particulares y/o boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro y con los requisitos y condiciones que allí se establezcan será la jubilación del asegurado, según lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente y sin perjuicio de que en condiciones particulares puedan establecerse otros supuestos de acaecimiento de esta contingencia.

1.2.- Prestaciones complementarias

Adicionalmente, durante el periodo de diferimiento y/o devengo de las prestaciones del apartado 1.1. de la presente cláusula, se podrá contratar una o varias de las siguientes prestaciones:

1.2.1.- Prestación por fallecimiento, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce la contingencia de fallecimiento del asegurado durante el periodo de cobertura.

1.2.2.- Prestación por incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce, durante el periodo de cobertura, la contingencia de incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado.

1.2.3.- Prestación por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce, durante el periodo de cobertura, la contingencia de incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado.

1.2.4.- Prestación por incapacidad total y permanente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce, durante el periodo de cobertura, la contingencia de incapacidad total y permanente del asegurado.

Como prestaciones adicionales por accidente podrán contratarse:

1.2.5.- Prestación adicional por fallecimiento por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.1, si se produce la contingencia de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia del mismo.

1.2.6.- Prestación adicional por incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.2, si se produce la contingencia de incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

1.2.7.- Prestación adicional por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.3, si se produce la contingencia de incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

1.2.8.- Prestación adicional por incapacidad total y permanente por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.4, si se produce la contingencia de incapacidad total y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

Como prestaciones adicionales por accidente de circulación podrán contratarse:

1.2.9.- Prestación adicional por fallecimiento por accidente de circulación, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.5, si se produce la contingencia de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia del mismo.

1.2.10.- Prestación adicional por incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez por accidente de circulación, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.6, si se produce la contingencia de incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

1.2.11.- Prestación adicional por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez por accidente de circulación, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.7, si se produce la contingencia de incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

1.2.12.- Prestación adicional por incapacidad total y permanente por accidente de circulación, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación 1.2.8, si se produce la contingencia de incapacidad total y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo.

La contratación de la prestación 1.2.2 (Prestación por incapacidad total y permanente, absoluta y permanente o gran invalidez) excluye la contratación de las prestaciones 1.2.3 (Prestación por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez) y 1.2.4 (Prestación por incapacidad total y permanente), a las que engloba.

A los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente, la incapacidad laboral total y permanente para la profesión habitual, según el régimen de la Seguridad Social correspondiente. Asimismo, por incapacidad absoluta y permanente se entiende la incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, según el régimen de la Seguridad Social correspondiente, y por gran invalidez se entiende la gran invalidez según el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

2.- Forma de cobro de las prestaciones

2.1.- Prestación básica del apartado 1.1.: características.

Las prestaciones contratables básicas podrán ser una o varias de las siguientes:

2.1.1- Una/s renta/s por supervivencia del asegurado con una o varias de las siguientes características:

- a) Constante, creciente o variable:
 - a.1 Constante, en la que el importe de los términos de la renta no varía durante toda la vigencia del contrato.
 - a.2 Creciente, según una ley de crecimiento preestablecida.
 - a.3 Variable, en la que la cuantía varía de forma regular o irregular.
- b) Diferida o inmediata:
 - b.1 Diferida, en la que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario una renta a partir de la fecha pactada.
 - b.2 Inmediata.
- c) Temporal o vitalicia:
 - c.1 Temporal, en la que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario una renta - mientras viva el asegurado - hasta la fecha pactada.
 - c.2 Vitalicia, en la que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario una renta - mientras viva el asegurado - y sin límite temporal alguno.
- d) Con reversión o sin reversión:
 - d.1 Con reversión, en la que la entidad aseguradora abonará al beneficiario una renta - mientras viva el segundo/tercer asegurado - a partir del fallecimiento del primer/segundo asegurado.
 - d.2 Sin reversión.

2.1.2.- Un capital diferido a pagar al beneficiario en el caso de supervivencia del asegurado en la fecha de devengo que se determine.

2.2.- Facultad de transformar la forma de cobro del capital diferido del apartado 2.1.2.

Si así se estableciera en las condiciones particulares o suplemento a las mismas y en los términos que allí se determinen, se podrá transformar todo o parte del capital diferido del apartado 2.1.2 de la presente cláusula en una renta equivalente al mismo, con una o varias de las características establecidas en el apartado 2.1.1 de esta misma cláusula.

Asimismo, y sin perjuicio de otro plazo establecido en condiciones particulares, la solicitud de transformación a la entidad aseguradora deberá realizarse con al menos dos meses de antelación a la fecha de devengo del capital.

En la determinación de la renta actuarial equivalente se estará a lo establecido en condiciones particulares.

Autorizada la transformación, la misma tomará efecto desde la fecha de devengo del capital que ha sido objeto de transformación y la entidad aseguradora emitirá, en su caso, el correspondiente certificado individual de seguro.

2.3.- Prestaciones complementarias del apartado 1.2.: características y facultad de determinar la forma de cobro.

Las prestaciones establecidas en el apartado 1.2. podrán percibirse, según se determine en condiciones particulares y en los términos allí establecidos, en todo o en parte, en forma de capital y/o renta actuarial inmediata a la fecha de acaecimiento de la contingencia, con una o varias de las características definidas en los apartados 2.1.1.a), 2.1.1c) y 2.1.1d), anteriores.

Asimismo, en condiciones particulares o en suplemento a las mismas y en los términos que allí se determinen, podrá establecerse en relación a las prestaciones del apartado 1.2. de la presente cláusula:

- a) la facultad de determinar, en un momento posterior a la contratación de una prestación, la forma de cobro de la misma, entre las antes establecidas.
- b) la facultad de transformar, en todo o parte, la prestación establecida en forma de renta en un capital inmediato equivalente.
- c) la facultad de transformar, en todo o parte, la prestación establecida en forma de capital en una renta actuarial inmediata equivalente, con una o varias de las características antes indicadas.

A efectos de lo establecido en este apartado, será necesaria la previa autorización de la entidad aseguradora en el supuesto en que se solicite como forma de cobro de la prestación una renta o en el supuesto de que se solicite la transformación de la forma de cobro de la prestación.

2.4. Para autorizar lo dispuesto en los apartados 2.2 y 2.3 anteriores, la entidad aseguradora queda facultada para exigir que el asegurado y/o beneficiario se someta a una revisión médica o presente una declaración de su estado de salud. Asimismo, el asegurado y/o beneficiario también queda obligado a declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta le someta, todas las circunstancias conocidas por aquél que puedan influir en la valoración del riesgo. La entidad aseguradora también se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, documentación acreditativa de la edad del/los asegurado/s y/o beneficiarios. Lo establecido en el presente párrafo lo es sin perjuicio de lo regulado en la cláusula 5 de las presentes condiciones generales.

3.- Riesgos excluyentes

Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, tendrán carácter excluyente entre sí los siguientes riesgos:

- **Los riesgos de supervivencia e incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente y gran invalidez del asegurado.**
- **Los riesgos de fallecimiento del asegurado e incapacidad total y permanente, incapacidad absoluta y permanente y gran invalidez, salvo en los casos de cobro de la prestación por incapacidad en forma de renta actuarial con reversión.**
- **Los riesgos de fallecimiento del asegurado y supervivencia, salvo en los casos de cobro de la prestación por supervivencia en forma de renta actuarial con reversión.**

A estos efectos, la entidad aseguradora abonará únicamente la prestación derivada del evento que

suceda en primer lugar. Quedarán así pues, automáticamente extinguidas, en la fecha del primer suceso, las prestaciones contratadas para cubrir el segundo evento.

Igualmente, resultará excluyente e incompatible entre sí, la cobertura de los riesgos y la percepción de las prestaciones por incapacidad total y permanente para la profesión habitual, incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo y gran invalidez, debiendo abonar la entidad aseguradora únicamente la prestación asegurada correspondiente a la situación de incapacidad de grado superior que presente el asegurado. Quedarán, automáticamente extinguidas, en la fecha en que se manifieste la primera de las citadas situaciones de incapacidad, las prestaciones contratadas para cubrir la/s restante/s.

No obstante lo anterior y siempre que así se establezca en condiciones particulares, en el caso de que el grado de incapacidad fuera revisado y se considerara que debe ser superior en grado y desde la misma fecha al inicialmente reconocido, se considerará al asegurado en el grado de incapacidad superior, abonando la entidad aseguradora la diferencia que en su caso proceda entre las prestaciones aseguradas para ambos grados.

CLÁUSULA 2ª.- REGULARIZACIONES

Siempre que se establezca en condiciones particulares, el tomador tendrá la facultad de modificar las prestaciones aseguradas de una adhesión, respecto a las inicialmente previstas o a las de la última regularización, al objeto de adecuarlas a los compromisos por pensiones asumidos con los asegurados/beneficiarios.

Asimismo, en los términos previstos en condiciones particulares, también podrá dar lugar a regularizaciones de las condiciones de una adhesión, las modificaciones en los datos de los asegurados/beneficiarios que comunique el tomador.

La regularización de las situaciones planteadas en los párrafos anteriores se realizará en los términos y condiciones previstos en condiciones particulares.

Salvo que en la póliza se establezca otra regulación, queda exceptuado del régimen de regularizaciones, lo establecido en los apartados 2.2. y 2.3. de la cláusula 1 de las presentes condiciones generales, al cual se aplicará el tratamiento especialmente establecido para tales supuestos.

En cualquier caso, la entidad aseguradora queda facultada para exigir que el asegurado y/o beneficiario se someta a una revisión médica o presente una declaración de su estado de salud para la aceptación de la modificación de las prestaciones aseguradas. Asimismo, el asegurado y/o beneficiario también queda obligado a declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta le someta, todas las circunstancias conocidas por aquél que puedan influir en la valoración del riesgo. La entidad aseguradora también se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, documentación acreditativa de la edad del/los asegurado/s y/o beneficiarios.

CLÁUSULA 3ª.- PERFECCIÓN DEL CONTRATO

Salvo lo dispuesto, en su caso, en las condiciones particulares, el contrato se perfecciona mediante el consentimiento del tomador y la entidad aseguradora, acreditado con la firma de la póliza; y, en el caso de la entidad aseguradora, además, con su conformidad con el cuestionario/s formulado, con la declaración de estado de salud del asegurado/s, o bien con el resultado del reconocimiento médico previo que le haya sido efectuado, en el supuesto de haberlo aquélla solicitado.

La conformidad con el/los cuestionario/s formulado/s, con la declaración de estado de salud del asegurado/s o con el reconocimiento médico que le hubiera sido efectuado previamente constituye un elemento determinante del consentimiento de la entidad aseguradora, hasta el punto que sin dicha conformidad el contrato no será considerado perfeccionado.

Se entenderá prestada dicha conformidad por la entidad aseguradora en la forma dispuesta en la cláusula 12 de las presentes condiciones generales.

Asimismo, una vez haya sido perfeccionado el contrato y abonada la primera prima, los efectos del mismo se retrotraerán a la fecha de efectividad indicada en las condiciones particulares.

Salvo lo dispuesto, en su caso, en las condiciones particulares, los requisitos indicados en los párrafos anteriores para la perfección del contrato serán aplicables también para la perfección del

boletín de adhesión de cada asegurado.

CLÁUSULA 4ª.- INDISPUTABILIDAD

El presente contrato y sus boletines de adhesión no serán impugnables después de que haya transcurrido el plazo de un año a partir de la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa, voluntariamente engañosa, del tomador del seguro o del asegurado/s en sus declaraciones respectivas.

CLÁUSULA 5ª.- DECLARACIONES

El tomador del seguro y/o el asegurado/s tienen el deber, antes de la perfección del contrato o de cada boletín de adhesión, de declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta les someta, todas las circunstancias conocidas por ellos que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán liberados de tal deber si la entidad aseguradora no les somete a ese cuestionario o cuando, aún habiendo sido sometidos a él, se trate de circunstancias que, aunque puedan influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en dicho cuestionario.

En cualquier caso y salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación, el tomador del seguro y/o el asegurado/s tienen el deber de comunicar a la entidad aseguradora, con carácter previo de la incorporación del asegurado, si el mismo se encuentra en situación de incapacidad temporal o incapacidad permanente.

La entidad aseguradora se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, documentación que acredite la edad del asegurado/s, de exigirle que sea sometido a una revisión médica, o que presente una declaración de su estado de salud. En este sentido, corresponde a la entidad aseguradora la designación de los facultativos encargados de efectuar tal reconocimiento médico.

En el supuesto de que la edad del asegurado declarada no fuera la exacta, la entidad aseguradora podrá impugnar el contrato o la adhesión si la edad correcta en el momento de su entrada en vigor excediera de los límites de admisión establecidos, en su caso, por ella.

El tomador del seguro y/o el asegurado/s deberán comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como les sea posible, todos y cada uno de los hechos - si los hubiera- que incrementen el riesgo cubierto en el contrato y que sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidos en el momento de la perfección del contrato, la entidad aseguradora no lo hubiera celebrado, o bien lo hubiera concluido con condiciones más gravosas para el tomador. La obligación de proporcionar esta información se extiende desde la fecha de perfección del contrato o de cada adhesión hasta la fecha de su vencimiento.

En este sentido, y a título meramente enunciativo, el tomador del seguro y/o el asegurado/s deberán comunicar a la entidad aseguradora:

- El cambio de actividad u ocupación de cualquier asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor o menor riesgo de accidentes respecto a la situación declarada previamente a la entidad aseguradora.
- La incapacidad temporal o permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al asegurado que sin constituir siniestro, puedan conllevar un mayor o menor riesgo de accidentes.

Si el contenido expresado en la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes, a partir de la entrega de la póliza, que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin que la reclamación hubiera sido efectuada, se entenderá un acatamiento de lo dispuesto en la póliza.

CLÁUSULA 6ª.- DURACIÓN

La duración de cada operación será la establecida en condiciones particulares y, en su caso, en los boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro. Los efectos del seguro se inician a las 0 horas de la fecha de efectividad y terminan por el acaecimiento de cualquiera de los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura siempre que respecto de la cobertura correspondiente no se haya establecido otra regulación, por el ejercicio del derecho de rescate, por resolución de la operación o, como máximo, a las 24 horas de la fecha de vencimiento.

A su vencimiento, y siempre que el tomador esté al corriente en el pago de la prima/s, las prestaciones del apartado 1.2. de la cláusula 1 de las presentes condiciones generales en caso de contratarse con cobertura

anual, se prorrogarán tácitamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga, por escrito y con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento.

La prestación por fallecimiento del apartado 1.2.1 de la cláusula 1 de las presentes condiciones generales, en caso de contratarse con cobertura anual, y en tanto no se haya producido el acaecimiento de la contingencia, se extinguirá automáticamente, para cada asegurado, al finalizar la anualidad del seguro en la que el asegurado cumpla los setenta años.

Las restantes prestaciones establecidas en la cláusula 1.2., en caso de contratarse con cobertura anual, en tanto no se hayan producido el acaecimiento de las respectivas contingencias, quedarán extinguidas automáticamente, para cada asegurado, al finalizar la anualidad del seguro en la que el asegurado cumpla los sesenta y cinco años.

CLÁUSULA 7ª.- VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO Y BENEFICIARIOS

El tomador del seguro está obligado a notificar a la entidad aseguradora las variaciones que se produzcan en el grupo asegurado y en los beneficiarios. Salvo lo dispuesto, en su caso, en condiciones particulares estas variaciones pueden consistir en:

a) Altas de asegurados: originadas por la inclusión en la relación de asegurados de aquellas personas que formen parte del grupo asegurable y satisfagan las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de la entrada en vigor del seguro de grupo, según lo establecido en condiciones particulares.

En el caso de que una persona ajena al contrato de seguro cumpla los requisitos del compromiso para ostentar la condición de segundo/tercer asegurado de una renta reversible, no será alta en la póliza en tanto el tomador no modifique las prestaciones aseguradas de la adhesión al objeto de adecuarlas a los compromisos por pensiones asumidos con lo asegurados/beneficiarios y previo pago, en su caso, de la prima correspondiente.

b) Bajas de asegurados: Tendrán lugar por la concurrencia de alguna de las causas siguientes:

b.1) Fallecimiento del asegurado.

b.2) Acaecimiento de cualquiera de las contingencias a las que se refiere el apartado 1 de la cláusula 1 de las presentes condiciones generales, cuyo riesgo sea objeto de cobertura y la prestación correspondiente se cobre únicamente en forma de capital.

b.3) Vencimiento de la operación.

b.4) El ejercicio del derecho de rescate, si lo hubiere.

c) Bajas de beneficiarios: originadas por el fallecimiento o revocación de los beneficiarios.

Asimismo, de forma indistinta y solidaria con el tomador del seguro, el asegurado está obligado a notificar a la entidad aseguradora las variaciones que se produzcan por bajas en el grupo asegurado y en los beneficiarios.

El tomador del seguro estará igualmente obligado a comunicar a la entidad aseguradora la información que sea precisa para gestionar el seguro transmitiéndole los datos necesarios a tal efecto por el medio que disponga la entidad aseguradora. Específicamente, deberá proporcionar datos identificativos completos del colectivo asegurado, incluyendo Número de Identificación Fiscal y cuenta corriente (formato veinte dígitos) que se designe para el ingreso de prestaciones, cumpliendo en todo momento con las previsiones que se señalan en este contrato de seguro sobre protección de datos de carácter personal en lo tocante a recabar en todo momento el consentimiento de las personas que integren el colectivo asegurado respecto a los datos a transmitir.

CLÁUSULA 8ª.- DESIGNACIÓN, CAMBIO Y REVOCACIÓN DE BENEFICIARIO

La condición de beneficiario corresponderá a las personas físicas en cuyo favor se generen las prestaciones, de acuerdo con los compromisos por pensiones asumidos por el tomador e instrumentados en la póliza. Por lo tanto, la facultad del tomador de designar beneficiario, revocar o modificar tal designación, sin consentimiento de la entidad aseguradora, quedará limitada a los supuestos de adaptación de las condiciones del contrato de seguro a las modificaciones de los compromisos del tomador asegurados.

Salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación:

- El tomador designa como beneficiario de las prestaciones de supervivencia e incapacidad al propio asegurado.

- El tomador cede al asegurado la facultad de designar el beneficiario de las prestaciones de fallecimiento, así como de revocar o modificar tales designaciones sin consentimiento de la entidad aseguradora. El asegurado podrá efectuar tales designaciones en cualquier momento, mediante declaración escrita comunicada a la entidad aseguradora o en testamento.

Si no existiese beneficiario designado expresamente, se entenderá que lo son, por el siguiente orden preferente y excluyente el cónyuge del asegurado –salvo que hubiese recaído sentencia de separación-, sus hijos a partes iguales, sus padres a partes iguales y, por último, sus herederos.

En el supuesto que el asegurado sufriera un siniestro causado dolosamente por un beneficiario, este último quedará privado del derecho a la prestación establecida en la póliza la cual pasará a incrementar la de los restantes beneficiarios por el siguiente orden,

- primero a los demás beneficiarios designados expresamente,
- en su defecto, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del asegurado -salvo que hubiese recaído sentencia de separación-, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales, y, por último, sus herederos. No obstante, en caso de que resulte de aplicación el orden de prelación de herederos de la sucesión intestada, en último término será beneficiario el tomador en lugar de la Administración Pública.

No obstante, en el caso de contratarse la prestación de fallecimiento en forma de renta inmediata, se considerará beneficiario el que figure en Anexo I a condiciones particulares o suplementos a éstas y que se recogerá, en su caso, en el boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro.

En el caso de que este beneficiario no cumpla los requisitos del compromiso para ostentar dicha condición o estos requisitos fueran cumplidos por una persona ajena al contrato de seguro y a los exclusivos efectos de las prestaciones aseguradas en los términos establecidos en la póliza, el tomador tendrá la facultad de modificar las prestaciones aseguradas de la adhesión al objeto de adecuarlas a los compromisos por pensiones asumidos con los asegurados/beneficiarios y previo pago, en su caso, de la prima correspondiente.

En tanto no se produzca la modificación a que se refiere el párrafo anterior mantendrá la condición de beneficiario la última persona que figure en Anexo I a condiciones particulares o suplementos a éstas y que se recogerá, en su caso, en el boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro, en los términos informados por el tomador y aceptados por la entidad aseguradora.

Todas las designaciones de beneficiarios establecidas lo son en tanto el beneficiario cumpla los requisitos del compromiso para ostentar dicha condición y a los exclusivos efectos de las prestaciones aseguradas en los términos establecidos en la póliza y que se recogen en las condiciones particulares y en los correspondientes boletines de adhesión y/o certificados individuales de seguro.

Asimismo, lo establecido en el párrafo anterior también será de aplicación a las designaciones de beneficiarios realizadas con carácter irrevocable.

CLÁUSULA 9ª.- CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

El tomador no podrá ceder ni pignorar la póliza y no será aplicable a este contrato lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley del Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 10ª.-CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES A LOS ASEGURADOS

El tomador del seguro, de acuerdo con los compromisos por pensiones instrumentados en este contrato, podrá ceder al asegurado la totalidad o parte de los derechos y obligaciones derivados de este contrato. Tal cesión contará con el expreso consentimiento de las partes contratantes y del asegurado que asuman, ya sea directamente o mediante representantes, tales derechos y obligaciones.

CLÁUSULA 11ª.- EXTINCIÓN DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA DEL TOMADOR DEL SEGURO

En el supuesto de que la personalidad jurídica del tomador del seguro se extinguiera, sin que hubiera sido nombrado interventor, representante o sustituto, o sin que un tercero se hubiera subrogado, total o parcialmente, como tomador de la póliza, se mantendrá cada relación aseguradora en los términos indicados por el tomador, aceptados por la entidad aseguradora y recogidos en la póliza. En caso de primas periódicas la entidad aseguradora podrá reducir las

prestaciones aseguradas en la póliza en la forma en que convenga de conformidad con lo establecido en la cláusula 12.2 de condiciones generales.

CLÁUSULA 12ª.- PRIMAS

12.1.- Pago de primas

El tomador del seguro está obligado al pago de una prima por cada adhesión que se integre en el presente contrato y, cuando proceda, por cada regularización de las condiciones de la misma. La prima podrá ser única o periódica, con las características que se determinen en las condiciones particulares.

Salvo lo dispuesto en su caso en condiciones particulares, el vencimiento de las primas periódicas se produce el primer día de cada mes; si la periodicidad de las mismas es mensual; si se estableciera una periodicidad distinta de la mensual, el vencimiento de las primas periódicas se producirá el primer día del periodo.

Asimismo, si así se establece en particulares y en los términos que allí se definan, el tomador podrá aportar primas sucesivas o adicionales a la prima única inicial o a las periódicas, a cuyo efecto se emitirá el correspondiente suplemento. Las primas sucesivas o adicionales establecidas en este párrafo tendrán, en todo caso, el carácter de primas únicas.

Cuando la entidad aseguradora haya formulado un cuestionario/s, o haya solicitado al asegurado/s una declaración de estado de salud o un reconocimiento médico previo, la primera prima se devengará cuando la entidad aseguradora preste su conformidad al resultado de los mismos. Se entenderá prestada dicha conformidad cuando la entidad aseguradora acepte el pago de la primera prima o, en el caso de domiciliación bancaria, gestione y obtenga el cobro de la misma. Para manifestar dicha conformidad, la entidad aseguradora dispondrá de ciento siete días a contar desde la firma de la póliza o del boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro en su caso, o bien desde que haya formulado el cuestionario/s o solicitado al asegurado/s una declaración del estado de salud o un reconocimiento médico previo, transcurridos los cuales si no se ha verificado el cobro de la primera prima en los términos antedichos se entenderá denegado el consentimiento de la entidad aseguradora.

Si se hubiera pactado una fecha de efectividad del seguro anterior a la fecha de pago de la primera prima, el importe de ésta comprenderá necesariamente el período de retroacción de la eficacia del seguro.

Lo establecido en los párrafos anteriores será también de aplicación a las aportaciones realizadas por los trabajadores/asegurados para la financiación de las primas.

12.2.- Demora e Impago de primas

Si la primera prima no hubiera sido abonada en la fecha de su vencimiento por motivos imputables al tomador, la entidad aseguradora podrá ejercer su derecho de resolver la operación o de exigir el pago por la vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no hubiera sido abonada antes de que se produjera el siniestro, la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación. No será causa de liberación si el siniestro tiene lugar durante el periodo de retroacción de la eficacia del seguro, salvo que la entidad aseguradora acredite la concurrencia de una causa justa que le impida la prestación de su conformidad a la declaración de estado de salud o reconocimiento previo del asegurado, o que suponga la concurrencia de dolo o culpa grave del tomador o del asegurado al formalizar la declaración de estado de salud.

En el caso de primas periódicas mensuales, si se produjera la falta de pago de dos de las primas periódicas posteriores a la primera, la entidad aseguradora procederá a la reducción del seguro a los dos meses del vencimiento de la primera prima impagada. Asimismo, en el caso de primas periódicas con una periodicidad distinta a la mensual (bimensuales, trimestrales, semestrales, anuales, etc.) si se produjera la falta de pago de una de las primas periódicas posteriores a la primera, la entidad aseguradora procederá a la reducción del seguro un mes después del vencimiento de la primera prima impagada.

Lo establecido en el párrafo anterior será de aplicación sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 18.5 de las presentes condiciones generales.

Asimismo, en caso de que la entidad aseguradora proceda a la reducción de la suma asegurada por impago de todo o parte de las primas, ello no supondrá la minoración del compromiso por pensiones del tomador, viniendo el tomador obligado a restablecer su cobertura.

La demora en el pago de la/s prima/s devengará el tipo de interés que se determine en las condiciones particulares.

Salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación, en las pólizas contratadas con contribución del tomador y del adherente/asegurado en el coste del seguro, el impago de una parte de la prima por cualquiera de los obligados será considerado como impago de la totalidad, derivándose los efectos indicados en los párrafos anteriores, y sin perjuicio de la devolución, en su caso, de la parte de prima cobrada por la entidad aseguradora.

12.3.- Domiciliación bancaria o transferencia bancaria

Las primas a abonar por el tomador y las aportaciones que en su caso realicen los trabajadores/asegurados, se harán efectivas a la entidad aseguradora mediante domiciliación o transferencia bancaria. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria desde el exterior, se precisará que el país de origen sea un país de la Unión Europea.

En caso de domiciliación bancaria de las primas, ésta se ajustará a las siguientes condiciones:

- 1) El obligado al pago de la primera prima entregará a la entidad aseguradora un escrito dirigido a la entidad financiera en el que figure la correspondiente orden de domiciliación.
- 2) La segunda y siguientes primas se entenderán satisfechas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley del Contrato de Seguro, no existiesen fondos suficientes en la cuenta.

CLÁUSULA 13ª.- VALORES GARANTIZADOS

Anticipo. El tomador no tendrá derecho a obtener anticipos sobre la prestación asegurada y no será aplicable lo dispuesto en el artículo 97 de la Ley de Contrato de Seguro.

Rescate. El tomador sólo podrá ejercer el derecho de rescate en los siguientes supuestos:

a) Para mantener en la póliza la adecuada cobertura de los compromisos por pensiones vigentes en cada momento, en los términos establecidos en condiciones particulares a efectos de regularizaciones. En el caso de rescate por variación de los compromisos asegurados, el ejercicio del derecho de rescate requerirá que tal variación conste en convenio colectivo o disposición equivalente o se derive de lo dispuesto en los mismos. En este caso el importe resultante del ejercicio del derecho de rescate se abonará directamente por la entidad aseguradora al tomador, por la parte correspondiente a las primas que no hubieran sido imputadas fiscalmente a los trabajadores/asegurados.

b) Para integración de todo o parte de los compromisos instrumentados en la póliza en otro contrato de seguro o plan de pensiones promovido por la empresa, en los términos y con los límites establecidos en la legislación aplicable. En este caso, el importe resultante del ejercicio del derecho de rescate deberá ser abonado directamente a la nueva entidad aseguradora o al fondo de pensiones en el que se integre el nuevo plan de pensiones, en los términos y con los límites establecidos en la normativa aplicable.

Asimismo en condiciones particulares, podrán establecerse los supuestos de derecho de rescate a que se refiere el artículo 29.1 c) y d) del RICP, para el caso de cese o extinción de la relación laboral del trabajador/asegurado y/o en los casos de desempleo de larga duración y enfermedad grave en los términos establecidos en la regulación de planes y fondos de pensiones, según los compromisos por pensiones que instrumente la póliza.

El ejercicio del derecho de rescate por parte del tomador estará limitado, según se disponga en condiciones particulares, por los derechos que pudieran corresponder a los trabajadores/asegurados.

La cuantificación del derecho de rescate se determinará en condiciones particulares.

Sin perjuicio de otros requisitos que puedan establecerse en condiciones particulares, cuando el ejercicio del derecho de rescate suponga la baja de asegurados de la póliza, el tomador y/o el adherente asegurado, según sea el caso, estará obligado a entregar a la entidad aseguradora el contrato y/o boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro y acreditar, a satisfacción de la entidad aseguradora que el asegurado/s no han fallecido. Asimismo, si la entidad aseguradora también lo solicita, se deberá acreditar que el asegurado/s no ha/n sido declarado en situación de incapacidad total y permanente para la profesión

habitual, absoluta y permanente para todo trabajo o gran inválido, según lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente, ni que se encuentra/n incurso en procedimiento de declaración de incapacidad en alguno de los grados antes indicados.

En caso de rescate, extorno o retrocesión de prima el importe a abonar se realizará mediante la emisión de la correspondiente orden de abono al depósito de una entidad financiera autorizada para operar en España. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria al exterior, se precisará que el país de destino sea un país de la Unión Europea.

Reducción. El tomador podrá ejercer el derecho de reducción de la suma asegurada y, por tanto podrá suprimir las primas futuras, algunas de ellas o parte de su importe, siempre que quede garantizada la adecuada cobertura de los compromisos por pensiones vigentes en cada momento integrados en la póliza. En el caso de reducción por variación de los compromisos instrumentados a través de esta póliza, requerirá que tal variación conste en convenio colectivo o disposición equivalente o se derive de lo dispuesto en los mismos.

CLÁUSULA 14ª.- REHABILITACIÓN DEL SEGURO

La operación reducida podrá ser rehabilitada, con el fin de recuperar las prestaciones originales de la misma, mediante la aportación de la provisión de seguros de vida necesaria y/o el incremento de prima respecto a la inicial.

La entidad aseguradora podrá aplicar a la operación rehabilitada las bases técnicas y condiciones contractuales vigentes, en el momento de la rehabilitación, para las pólizas de nueva contratación.

Para autorizar la rehabilitación del seguro la entidad aseguradora queda facultada para exigir que el asegurado se someta a un reconocimiento médico que acredite su estado de salud.

CLÁUSULA 15ª.- RIESGOS CON PRESTACIÓN LIMITADA

15.1. En relación a los riesgos cubiertos por todas las prestaciones, en el siniestro en que concurra cualquiera de las circunstancias indicadas en los apartados siguientes, el importe total a pagar al asegurado estará limitado al importe de la provisión de seguros de vida de la operación en la fecha del siniestro, si éste es inferior a la/s prestación/nes del seguro de fallecimiento o incapacidad del asegurado contratada/s:

- a) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.**
- b) Hechos que por su magnitud o gravedad sea calificado por autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.**
- c) Conflicto armado - aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra -.**
- d) La incapacidad temporal o permanente preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido comunicadas a la entidad aseguradora con anterioridad a la misma.**
- e) Los daños:**
 - Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula 31 relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la provisión matemática constituida por la entidad aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.
 - Que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra, en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.

15.2. En relación a los riesgos cubiertos por las prestaciones definidas en el apartado 1.2.2., 1.2.3., 1.2.4., 1.2.5., 1.2.6., 1.2.7., 1.2.8., 1.2.9., 1.2.10., 1.2.11. y 1.2.12. y adicionalmente a lo dispuesto en el apartado 15.1., en el siniestro en que concurra cualquiera de las circunstancias indicadas en los apartados siguientes, el importe total a pagar al asegurado estará limitado al importe de la provisión de seguros de vida de la operación en la fecha del siniestro, si éste es inferior a la/s prestación/nes del seguro de fallecimiento o incapacidad del asegurado contratada/s:

- a) La intervención del asegurado como conductor de un vehículo no apto o autorizado para la**

circulación en vías públicas o sin disponer del permiso legal que le faculte a ello.

b) Un acto de imprudencia o negligencia grave del asegurado, accidentes provocados intencionadamente por el mismo, así como el derivado de la participación de éste en duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiese actuado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes.

c) Actos voluntarios del asegurado, sea cual fuere el estado mental del mismo, o hallándose bajo la influencia de bebidas alcohólicas, psicotrópicos, sustancias estupefacientes, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente, o en estado de enajenación mental. A tales efectos, se entenderá que el asegurado se halla bajo la influencia de bebidas alcohólicas si supera los límites establecidos en cada momento por la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial para permitir la conducción de cualquier vehículo no especial, con independencia de los síntomas externos y de comportamiento del asegurado y de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el asegurado.

d) La práctica como profesional de cualquier deporte, tanto en competición, oficial o no, como en sus entrenamientos o actividades relacionadas.

e) La práctica - cualquiera que sea la frecuencia de dicha práctica - de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puentismo, vuelos en ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar); de la participación en competiciones - incluidos los entrenamientos - con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero; y de la inmersión subacuática, el alpinismo, la escalada o la espeleología, o de cualquier deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del asegurado ya sea por su propia naturaleza como por no observar las medidas de seguridad perceptivas.

f) La participación en expediciones científicas o el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, guardas jurados, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, toreros, trapezistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

g) La participación del asegurado en actos delictivos.

h) Enfermedades preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido declaradas con anterioridad a la misma, siempre y cuando la entidad aseguradora haya solicitado una declaración del estado de salud o reconocimiento médico.

15.3. En relación a los riesgos cubiertos por las prestaciones definidas en los apartados 1.2.5., 1.2.6., 1.2.7., 1.2.8., 1.2.9., 1.2.10., 1.2.11. y 1.2.12. y adicionalmente a lo dispuesto en el apartado 15.1 y 15.2, para los siniestros que tengan lugar en alguno de los países que figuren en el listado que se anexe a condiciones particulares así como países cuyas circunstancias políticas y sociales si bien no determinan una situación de guerra son de tal naturaleza que pueden considerarse de alto riesgo, el importe total a pagar al asegurado estará limitado al importe de la provisión de seguros de vida de la operación en la fecha del siniestro, si éste es inferior a la/s prestación/nes del seguro de fallecimiento o incapacidad del asegurado contratada/s. La entidad aseguradora podrá actualizar dicho listado con carácter mensual según la evolución de las circunstancias políticas y sociales de cada país.

CLÁUSULA 16ª.- EXCLUSIÓN RIESGOS CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Quedan excluidos de la cobertura de la presente póliza los daños cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros - en los términos y condiciones establecidos por tal organismo -, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la provisión matemática constituida por la entidad aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.

CLÁUSULA 17ª.- PARTICIPACION EN BENEFICIOS

En condiciones particulares y en los términos que allí se determinen, podrá establecerse una participación en los resultados técnicos y/o financieros que se produzcan en virtud de la presente póliza.

CLÁUSULA 18ª.- PAGO DE LAS PRESTACIONES GARANTIZADAS

18.1.- Salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación, los requisitos o condiciones que adicionalmente a los previstos para las contingencias descritas en la cláusula 1 se establecieran en la póliza en relación con aquéllas, se entenderán cumplidos en el momento de devengo de la respectiva prestación, salvo comunicación en contrario del tomador y sin perjuicio de la facultad de la entidad aseguradora de verificar, si lo estima, la concurrencia de los mismos.

18.2.- Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior, la entidad aseguradora podrá solicitar regularmente y según estime conveniente una fe de vida, documento análogo o un control de vivencia con presencia física del asegurado/s y/o del beneficiario/s.

La entidad aseguradora estará habilitada, en el caso en el que el asegurado y/o beneficiario no supere el control de vivencia al que le someta aquélla o no entregue la fe de vida o documento análogo que le solicite, para dejar de abonar la/s prestación/nes cuyo devengo sea posterior a la fecha de sometimiento a dicho control o a la fecha límite de presentación de la fe de vida o documento análogo solicitado. Se procederá a dejar sin efecto la citada retención una vez se acredite la supervivencia del asegurado/beneficiario.

Si se constatare el fallecimiento del asegurado, la entidad aseguradora procederá, en su caso, a retroceder la/s prestación/nes percibida/s indebidamente por el beneficiario desde la fecha en que acaeció el mismo.

18.3.- La entidad aseguradora pagará al beneficiario la prestación convenida una vez formulada la declaración de siniestro, debidamente documentada según lo indicado en la cláusula siguiente y, en su caso, en condiciones particulares, y sea aceptada, por la entidad aseguradora, la existencia del siniestro objeto de cobertura por concurrir los requisitos y condiciones que se establecen en la póliza para proceder al pago.

La entidad aseguradora quedará liberada del cumplimiento de la obligación derivada de la prestación, en caso de que en la declaración del siniestro no se facilite la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, mediando dolo o culpa grave.

18.4.- Antes de efectuarse el abono de la prestación correspondiente, el beneficiario deberá acreditar la liquidación o exención de cualquier impuesto que procediera a efecto de pago de prestaciones, así como el número de identificación fiscal.

18.5.- Si en el momento de devengarse la prestación existieran primas vencidas pendientes de pago, se deducirá del importe de la prestación la cantidad necesaria para la cobertura de las mismas. Asimismo se deducirá el importe de las prestaciones percibidas indebidamente.

18.6. Salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación, los pagos de prestaciones en forma de renta se realizarán al beneficiario correspondiente, en las fechas y con los requisitos indicados en las condiciones particulares y/o boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro, por periodos vencidos, mediante la emisión de la correspondiente orden de abono durante el día siguiente al último día de cada mes - o, si fuera inhábil, el inmediato hábil posterior- al depósito de la entidad financiera que indique cada beneficiario y siempre que el asegurado viva a las 24 horas del último día de dicho mes.

CLÁUSULA 19ª.- DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ APORTARSE EN CASO DE ACAECIMIENTO DE LA CONTINGENCIA/SINIESTRO

A falta de previsión en las condiciones particulares, deberán aportarse los siguientes documentos en caso de acaecimiento de la contingencia/siniestro:

19.1.- Prestación por la contingencia de jubilación del asegurado

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.

2. Resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social reconociendo la situación de jubilación.

3. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
4. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra causa justa.

19.2.- Prestación/es por la/s contingencia/s de incapacidad permanente, incapacidad permanente por accidente e incapacidad permanente por accidente de circulación del asegurado, en función de los grados de incapacidad contratados

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
2. Resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social o sentencia judicial firme reconociendo la situación de incapacidad total y permanente para la profesión habitual, incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo o gran invalidez.

A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia judicial será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del Juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia realizada de oficio por el Juzgado.

3. En su caso, las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de incapacidad objeto de cobertura, la fecha en que se produjo el accidente/accidente de circulación o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
4. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación
5. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra causa justa.

19.3.- Prestación por la contingencia de fallecimiento, fallecimiento por accidente y fallecimiento por accidente de circulación del asegurado

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal, libro de familia si procede y dirección del domicilio habitual de/l beneficiario/s.
2. Certificado literal de defunción del asegurado.
3. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento, la fecha en que se produjo el accidente/accidente de circulación o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
4. En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense, así como un certificado médico donde se indique que el asegurado se encontraba en perfecto estado de salud y no padecía ninguna enfermedad que le pudiese ocasionar la muerte repentina.
5. Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la entidad aseguradora emitirá el correspondiente certificado para el pago del impuesto.
6. El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.
7. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación
8. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

CLÁUSULA 20ª.- PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

La entidad aseguradora está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia de la contingencia/siniestro. En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de la contingencia/siniestro -debidamente

documentada, según lo expuesto en la cláusula anterior y, en su caso, en condiciones particulares -, la entidad aseguradora deberá efectuar el pago de la cantidad mínima que pueda adeudar en razón de las circunstancias por ella conocidas. Igualmente, la entidad aseguradora ha de abonar el importe total de la prestación asegurada en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de la contingencia/siniestro, salvo que transcurrido dicho plazo no hubiera vencido el de cuarenta días desde la recepción de la declaración de siniestro - debidamente documentada, según lo expuesto en la cláusula anterior y, en su caso, en condiciones particulares -, en cuyo caso el pago deberá efectuarse dentro del citado plazo no vencido. Asimismo, para que la entidad aseguradora pueda efectuar el pago de las prestaciones causadas por la muerte del asegurado es indispensable que el beneficiario, por su parte, justifique el ingreso de la liquidación o, en su caso, el ingreso de la autoliquidación practicada, según lo dispuesto en el artículo 32.5 de la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (publicada en el B.O.E. del día 19 de diciembre).

CLÁUSULA 21ª.- DERECHOS DEL BENEFICIARIO EN EL CASO DE DEMORA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

El retraso de la entidad aseguradora en el abono de la prestación en los plazos previstos en la cláusula anterior devengará un interés de demora anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el cincuenta por ciento. Este interés se considerará producido sin necesidad de reclamación judicial y por días. Dicho interés se computará desde la fecha del siniestro, salvo que la declaración de la contingencia/siniestro - debidamente documentada, según lo expuesto en la anterior cláusula 19 y, en su caso, en condiciones particulares - no se efectúe en el plazo de siete días desde aquella fecha, en cuyo supuesto el citado interés se entenderá producido sólo a partir de la fecha de comunicación de la declaración de la contingencia/siniestro. Transcurridos dos años desde la producción de la contingencia/siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento.

No habrá lugar a la indemnización por demora de la entidad aseguradora cuando la falta de satisfacción de la prestación o del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no fuera imputable a la entidad aseguradora.

CLÁUSULA 22ª.- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

En el acto de constitución del contrato la entidad aseguradora entregará al tomador la póliza en la que se especifican las condiciones, generales y particulares, pactadas. Asimismo, cada adherente/asegurado recibirá de la entidad aseguradora el correspondiente boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro, en el que constarán las prestaciones aseguradas y la designación de los beneficiarios, o bien la fórmula para la determinación de los mismos, así como también, según se determine en condiciones particulares, un extracto de las condiciones de la póliza.

Salvo que en condiciones particulares se establezca otro régimen, la variación de las prestaciones, o cualquier otra modificación, requerirá la emisión del correspondiente suplemento a la póliza y/o, en su caso, la emisión de un nuevo certificado individual de seguro.

En el caso de extravío de la póliza o del boletín de adhesión o del certificado individual de seguro, la entidad aseguradora -a petición del tomador del seguro o, en su defecto, del beneficiario/s- tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de los mismos, cuya eficacia será idéntica a la de los originales. Tal petición será formulada por escrito, y en ella se relatarán las circunstancias del extravío y se aportarán pruebas de que éste ha sido notificado a quienes, en virtud de la póliza o del boletín de adhesión y/o certificado individual de seguro, resulten titulares de algún derecho. Asimismo el solicitante se compromete a devolver los originales - si éstos fueran hallados- y a indemnizar a la entidad aseguradora por los perjuicios que le ocasionara la reclamación de terceros.

CLÁUSULA 23ª.- RESPONSABILIDAD DEL TOMADOR

El tomador asume la responsabilidad que por todos los conceptos puedan ser exigidos a la entidad aseguradora - tanto judicial, extrajudicial, arbitral o administrativamente -, como consecuencia de los conflictos planteados por uno o más miembros del grupo asegurable, asegurados y/o beneficiarios de la póliza en relación a los compromisos por pensiones asumidos por el tomador, garantizando la plena indemnidad de la entidad aseguradora. Asimismo, el tomador se obliga a resarcir a la entidad aseguradora los gastos profesionales y costas en los que, como consecuencia de lo anterior, ésta hubiere incurrido.

Igualmente, aún en el supuesto de que la entidad aseguradora no resultare obligada o condenada, el tomador también indemnizará a dicha entidad por los gastos profesionales y costas en que haya

incurrido como consecuencia de su intervención obligada.

Para la liquidación de la indemnización de costas y gastos profesionales, la entidad aseguradora presentará al tomador cuenta detallada de los mismos, acompañando copia de la documentación correspondiente.

CLÁUSULA 24ª.- IMPUESTOS Y RECARGOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

CLÁUSULA 25ª.- COMUNICACIONES

El tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario remitirán sus eventuales comunicaciones al domicilio social de la entidad aseguradora, a cualquiera de las oficinas de ésta o al agente de seguros de la póliza.

La entidad aseguradora remitirá sus eventuales comunicaciones al domicilio del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario. A todos los efectos, el domicilio será el que conste en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio del mismo.

CLÁUSULA 26ª.- PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 27ª.- JURISDICCIÓN

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, el adscrito al domicilio del asegurado.

En el supuesto de que el asegurado tenga su domicilio en el extranjero habrá de designar, a estos efectos, un domicilio en España.

CLÁUSULA 28ª.- ESTADO Y AUTORIDAD DE CONTROL DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

El control de la actividad de la entidad aseguradora corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CLÁUSULA 29ª.- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas de la entidad aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. En todos los casos, ante el Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la entidad aseguradora, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.
2. El Defensor del cliente, conforme al procedimiento establecido en la cláusula del Defensor del cliente.
3. El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

CLÁUSULA 30ª.- DEFENSOR DEL CLIENTE

La entidad aseguradora, de acuerdo con lo previsto en el artículo 29 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, o las normas que la sustituyan o modifiquen, designa como

Defensor del Cliente a la persona que ostente la condición de Defensor del Cliente de la Federación Catalana de Cajas de Ahorros. Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes podrán someter voluntariamente a esa persona sus quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas de la entidad aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados de la póliza que no superen la cuantía individual, sumados todos los conceptos, establecida en el Reglamento del Defensor del Cliente de las Cajas de Ahorros Catalanas y siempre y cuando las cuestiones sobre las que se plantee la reclamación no se encuentren en vía judicial o arbitral. En el caso de que una vez planteada la reclamación, el reclamante inicie la mencionada vía judicial o arbitral, la reclamación se archivará sin más trámite.

La resolución del Defensor del Cliente será de acatamiento obligatorio para la entidad aseguradora y voluntario para el tomador, asegurado, beneficiario o tercero reclamante.

En lo no previsto en la presente cláusula, la actuación del Defensor del Cliente se ajustará al Reglamento del Defensor del Cliente de la Federación Catalana de Cajas de Ahorros, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la entidad aseguradora, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

CLÁUSULA 31ª.- 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

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 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

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

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida.

El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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.conorseguros.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.

ACUERDO COLECTIVO DE TRANSFORMACIÓN Y SUSTITUCIÓN EN BANCO ESPAÑOL DE CRÉDITO, S.A. DEL SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL REGULADO EN EL XXII CONVENIO COLECTIVO DE BANCA PARA PERSONAL EN ACTIVO PRE-80

En Madrid, siendo las 9:30 horas del día veintisiete de noviembre de dos mil doce, reunidas las Representaciones que al final del presente documento se reseñan, y ostentando cada una de ellas la legitimidad que se indica.

MANIFIESTAN

1. Que las partes se reconocen válida capacidad y legitimación para alcanzar acuerdos colectivos de eficacia general, se han cumplimentado cuantos requerimientos legales preceptivos resultan de aplicación, y las Secciones Sindicales firmantes representadas suponen, en su conjunto, la mayoría de los miembros de Comités de Empresa y Delegados de Personal del Banco.

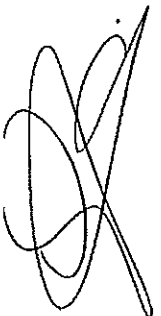

2. Que el vigente Convenio Colectivo de sector de Banca establece en su Capítulo VI, unas prestaciones complementarias para los casos de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, así como para la Absoluta (art.35), Jubilación para determinados empleados que cumplan los requisitos exigidos (art.36), Viudedad y Orfandad (art.37), y Fallecimiento en acto de servicio (art.38).

No obstante lo anterior, el propio Convenio Colectivo prevé en su Cláusula Adicional Cuarta que *"en el ámbito de cada empresa, mediante acuerdo con la representación de los trabajadores, se podrán regular o establecer sistemas de previsión social, sustitutivos o complementarios, distintos del establecido en los artículos 35, 36 y 37 del presente Convenio Colectivo"*.

3. Que la totalidad de las representaciones sindicales presentes en el Banco vienen demandando desde antiguo la externalización de los compromisos por pensiones reconocidos en el vigente Convenio Colectivo de banca, habiéndose transmitido a las mismas, por la Dirección de la Empresa, su disposición actual para acordar los términos en los que pueda llevarse a cabo dicha externalización.

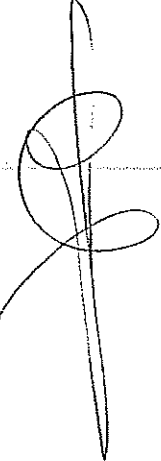
4. Que constituye voluntad de las partes firmantes sustituir, para el personal que tiene derecho al complemento de jubilación del artículo 36, el precitado sistema de prestaciones complementarias referido en el ordinal anterior, regulado en el XXII Convenio Colectivo de Banca, por un nuevo sistema de previsión social de aportación definida para la contingencia de jubilación, y de prestación mínima garantizada para el caso de fallecimiento o invalidez del trabajador, que se instrumentará a través de póliza de seguros de externalización de compromisos por pensiones, de conformidad con lo establecido en el R.D. 1588/1999 de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios.

Este nuevo sistema sustituirá en su totalidad al regulado en el XXII Convenio Colectivo de Banca (artículos 35, 36 y 37), y estará dotado de eficacia general, no sólo por la remisión de regulación que desde el Convenio de Banca se realiza, sino también por la legitimación de quienes lo suscriben.

- 
5. Que el nuevo sistema es más favorable en su conjunto, al convertir las expectativas de derecho del sistema previsto en el Convenio Colectivo de Banca, en un derecho consolidado, cierto y pleno, de los trabajadores afectados sobre los recursos destinados a la financiación de las contingencias protegidas, desvinculando dicho patrimonio de la Empresa, mediante su externalización efectiva.
6. Que con tal objetivo en fecha diecinueve de noviembre las partes iniciaron un proceso de negociación colectiva y habiendo llegado a buen fin las conversaciones sostenidas al efecto por haberse alcanzado el correspondiente consenso,
- 


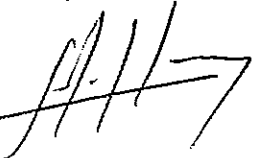
ACUERDAN

Las siguientes estipulaciones



PRIMERA.- OBJETO


Sobre la base de las consideraciones expresadas en las manifestaciones precedentes, y de conformidad con las facultades de sustitución que contempla la Cláusula Adicional Cuarta del XXII Convenio Colectivo de banca y




con las normas que regulan la negociación colectiva en general, constituye el objeto del presente Acuerdo Colectivo la derogación, sustitución y transformación plena del sistema de previsión social que hasta la fecha resultaba de aplicación a los empleados del Banco incluidos en el ámbito de aplicación del presente Acuerdo, mediante el establecimiento de un nuevo sistema de previsión social complementaria consistente en una aportación inicial por servicios pasados y unas aportaciones futuras, distinto y sustitutivo del establecido en los artículos 35, 36 y 37 del citado Convenio Colectivo, y de cualquier norma que en el futuro pueda regular esta materia.

El personal del Banco no incluido en el ámbito personal de aplicación de este Acuerdo Colectivo, conforme se recoge en la estipulación segunda del mismo, mantendrá íntegramente el sistema de previsión social previsto en el XXII Convenio Colectivo de Banca o en convenios colectivos futuros, sin que el presente acuerdo signifique para dicho personal ninguna modificación de sus derechos actuales.

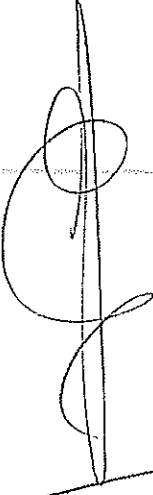
SEGUNDA.- AMBITO PERSONAL



El presente acuerdo colectivo, de eficacia general, será de aplicación al personal con una antigüedad, efectiva o reconocida en el Banco, anterior al 8 de Marzo de 1980, o en banca anterior a 31 de Diciembre de 1979, según lo establecido en el XXII Convenio Colectivo, que se encuentre en situación de servicio activo en el banco a la fecha de efectos de la póliza de seguro contratada, de conformidad con lo establecido en el presente Acuerdo colectivo, para la cobertura de las contingencias protegidas.



En consecuencia, este acuerdo colectivo no resultará de aplicación a los empleados no incluidos en el apartado anterior, bien por no tener la antigüedad efectiva o reconocida precedentemente referida en el Banco o en el sector de banca, bien por no encontrarse a la fecha de efectividad de la póliza de seguro contratada en situación de servicio activo, ya sea por tener extinguida su relación laboral por cualquier causa, ya porque la relación laboral se encuentre suspendida, sin perjuicio de los supuestos establecidos en el punto 3 de la Estipulación Cuarta, bien por tratarse de personal pasivo, o bien por tener la condición de personal jubilado, prejubilado, en situación de incapacidad permanente, viudedad u orfandad.



No obstante, a los efectos de lo establecido en el presente Acuerdo Colectivo tendrán la consideración de personal en activo los empleados que tengan el contrato suspendido por encontrarse en una situación de excedencia para el ejercicio de cargo público o función sindical, maternidad, o cuidado de familiar con reserva de puesto de trabajo, o por estar prestando sus servicios en otras empresas del Grupo con situación de excedencia especial, expresamente reconocida por el Banco, bien a la efectividad del Acuerdo, o bien en el futuro.

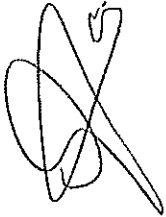


Igualmente tendrán la consideración de personal en activo a los efectos de este Acuerdo Colectivo los empleados que se encuentren en situación de suspensión contractual por incapacidad temporal, acogimiento o adopción de menor, maternidad, violencia de género, o suspensión de empleo y sueldo por razones disciplinarias, bien a la fecha de efectividad del Acuerdo, o bien en el futuro.

TERCERA.- AMBITO TEMPORAL

El nuevo sistema de previsión social que se articula a través del presente Acuerdo Colectivo tendrá efectividad desde el mismo momento en que se proceda a la formalización y contratación por parte del Banco de la correspondiente póliza de seguro que cubra las contingencias protegidas. Dicha contratación se efectuará tan pronto resulte posible una vez firmado el presente documento.

Una vez alcanzada dicha efectividad el presente acuerdo colectivo deroga y sustituye, íntegra y plenamente, las prestaciones contempladas en los artículos 35, 36 y 37 del vigente Convenio Colectivo de banca, u otros que le pudieran suceder en el futuro para el personal del Banco al que le sea de aplicación este Acuerdo Colectivo, conforme a la Estipulación Segunda del mismo.



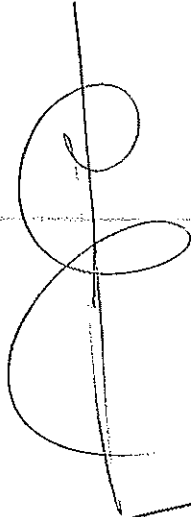
CUARTA.- CONDICIONES Y CARACTERISTICAS BASICAS DEL NUEVO SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL

El nuevo sistema de previsión social tendrá las siguientes condiciones y características básicas ;




1.- CARACTERISTICAS BÁSICAS

El nuevo sistema de previsión social, que se establece mediante el presente Acuerdo Colectivo, se configura como un sistema mixto, de aportación definida para todas las contingencias, y de prestaciones mínimas de riesgos para todas las contingencias de incapacidad permanente y fallecimiento de activo, conforme se define a continuación.



1.1 El sistema se exteriorizará cumpliendo las condiciones previstas en el R.D. 1588/1999, a través de una póliza de seguro colectivo de vida en la que el Banco será tomador, y asegurados el personal y/o beneficiarios con derecho a las prestaciones reguladas mediante el presente Acuerdo Colectivo. De acuerdo con lo previsto en la legislación vigente, el



tomador pagará las primas sin imputación fiscal de las mismas al empleado.

1.2 Sistema desvinculado de los compromisos de pensiones establecidos o que pudieran establecerse en el Convenio Colectivo de banca (arts. 35,36 y 37).

1.3 Titularidad de los derechos económicos de los trabajadores sobre el valor de realización de los activos que soportan su provisión matemática individual en caso de causar baja en la empresa antes de la jubilación, por causa diferente del fallecimiento o la incapacidad permanente, pudiendo en este caso bien mantenerse en la póliza sin aportaciones futuras, bien movilizar sus derechos económicos a un sistema de análogas características conforme a lo previsto en la legislación vigente. La póliza incluirá la cesión de derechos del Tomador en beneficio de los asegurados en los términos expuestos anteriormente.

1.4 Reconocimiento y cálculos del derecho a complemento de pensión a la primera edad de jubilación legalmente posible.

1.5 El Tomador de la póliza no podrá modificar el condicionado general, ni particular, ni los posibles suplementos, así como las correspondientes bases técnicas.

2.- CONTINGENCIAS CUBIERTAS Y OTRAS SITUACIONES EXCEPCIONALES

Se cubrirán las contingencias de Jubilación, y Fallecimiento, e Incapacidad Permanente Total o Absoluta. Igualmente, y aunque no tengan la consideración de contingencias a otros efectos, se incluirán en la póliza los supuestos excepcionales de liquidez en caso de enfermedad grave o desempleo de larga duración, en los términos previstos legalmente para estos supuestos y con las prestaciones detalladas a continuación.

2.1) Contingencias cubiertas.

- Jubilación.- Los asegurados tendrán en la póliza de seguros, a la fecha de jubilación prevista en el presente Acuerdo para la determinación de los servicios pasados, los siguientes derechos:

- Derivado de las aportaciones futuras, un capital igual a la provisión matemática individual en la póliza de seguros y que podrán percibir de una sola vez, o en forma de renta equivalente en las diferentes modalidades que la póliza permita en cada momento, de conformidad con lo previsto en la legislación vigente.

- Derivado de la aportación inicial por servicios pasados, una de las siguientes opciones, según decidan las partes signatarias del presente Acuerdo Colectivo, en función de las cotizaciones, condiciones y tipo de interés que se reciban de las compañías de seguros:

- Bien un capital en los mismos términos previstos para las aportaciones futuras

- Bien una renta vitalicia mensual postpagable, con reversión en caso de fallecimiento de la provisión matemática existente en el momento previo al deceso, para los beneficiarios designados por el asegurado.

- En cualquier caso, la póliza de seguros deberá contemplar la posibilidad de que se anticipe o retrase la jubilación del asegurado prevista inicialmente, así como que el asegurado, o beneficiario, modifique las prestaciones aseguradas por otra modalidad distinta. Igualmente la póliza incluirá las condiciones técnicas y determinación de tipos de interés a aplicar en estos supuestos.

- Una vez suscrita la póliza de seguros, se redactará un ANEXO IV a este Acuerdo Colectivo, con detalle de las condiciones definitivas de estas prestaciones de jubilación.

- Fallecimiento.- De conformidad con lo regulado en la estipulación Cuarta, apartado 4.2, y en el ANEXO I

- Incapacidad permanente, Total o Absoluta.- De conformidad con lo regulado en la estipulación Cuarta, apartado 4.2, y en el ANEXO I

2.2) Supuestos excepcionales de liquidez.

- Enfermedad grave o desempleo de larga duración.- Los asegurados tendrán derecho a la disposición anticipada, total o parcial, del valor de realización de los activos que soportan su provisión matemática a la fecha de la solicitud valorada de conformidad con el protocolo de valoración de rescates que figure en la póliza de seguros, y siempre que cumplan los requisitos que la legislación exija en cada momento para estos supuestos excepcionales de liquidez en sistemas de prestaciones complementarias.

3.- CONTRATOS SUSPENDIDOS

Los derechos por servicios pasados y la cuantificación de las aportaciones futuras de los empleados que tengan el contrato suspendido por cualquier otra causa, distinta de las referidas en los dos últimos párrafos de la Estipulación Segunda, y que mantengan vigente su derecho a solicitar el reingreso en el Banco, se reconocerán y aportarán, en su caso, calculados en la forma prevista en el presente Acuerdo Colectivo a la fecha de efectos de la póliza de seguro contratada, en el momento en que se produjera su reingreso en el Banco siempre que, naturalmente, el reingreso se produzca antes de sobrevenir la correspondiente contingencia.

Asimismo, si una persona, con antigüedad efectiva, o reconocida en el Banco, anterior al 8 de marzo de 1980, o en banca anterior al 31.12.79, que a la fecha de efectividad del presente Acuerdo, se encuentre en situación de incapacidad permanente para la profesión habitual o absoluta para toda profesión, viera revisada esta calificación en el futuro y se reincorporara a la plantilla del Banco, se operará de igual forma que en el párrafo anterior.

4.- BASES TECNICAS Y CRITERIOS DE VALORACION

4.1- Contingencia de Jubilación

Para la determinación de la aportación inicial correspondiente en cada caso por servicios pasados, así como para la cuantificación de las aportaciones futuras a realizar a la póliza de seguros contratada por el banco para la cobertura de las contingencias protegidas, los cálculos actuariales a realizar respecto de la contingencia de jubilación se efectuarán aplicando el porcentaje P.E. de la fórmula establecida en el artículo 36.4 del XXII Convenio Colectivo de banca, (ANEXO V), con los datos relativos a cada empleado que figuran en las bases de datos del Banco, y las siguientes hipótesis financiero-actuariales y demográficas:

4.1.1 Aportación inicial por Servicios Pasados

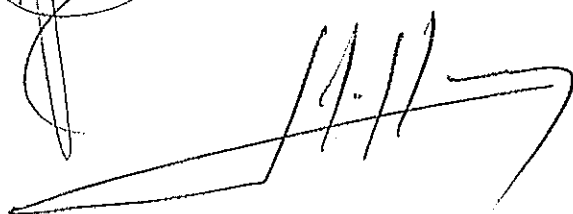
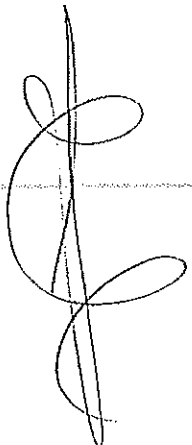
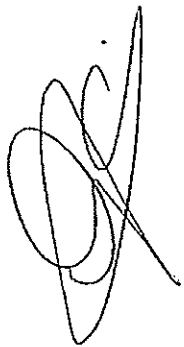
- Importe derivado de calcular el capital necesario para la parte de renta devengada con sistema Unit Credit Proyectoado a la fecha de contratación de la póliza. El cálculo se realizará considerando la proporción decimal en función del número de días de antigüedad computables.
- Salario Pensionable: el correspondiente a los conceptos retributivos del Convenio Colectivo de banca que tengan dicha naturaleza, a fecha de efectividad del presente acuerdo colectivo. No gozan del carácter pensionable a estos efectos las Pagas de Beneficios

reguladas en el Acuerdo de 28.2.2006, conforme al apartado Sexto de este.

- Incremento salarial anual de los salarios pensionables: 2,5%
- Incremento anual de las bases de cotización de la Seguridad Social: 1.5% para las máximas y conforme al salario las no máximas.
- Incremento anual de las pensiones máximas de la Seguridad Social, 1,5%
- I.P.C.: 1.5%
- Tablas de Supervivencia: GRM/F-95
- Tipo de interés técnico anual: 4.75%
- Con Descuento del riesgo de fallecimiento en situación de activo con la tablas GRMF95, y sin descuento del riesgo de Incapacidad Permanente
- Conforme a lo establecido en Acuerdo colectivo de 8 de mayo de 2008 sobre Previsión Social Complementaria, se procederá al descuento de los derechos consolidados actuales existentes en el Plan de Previsión Social Empresarial del Banco a la fecha de efectividad de la póliza de seguro contratada derivados exclusivamente de las aportaciones del Promotor. Este descuento se realizará en los siguientes términos:
 - o Si el tipo de interés asegurado en la póliza supera el 4.75% se descontará el 100% de los citados derechos consolidados.
 - o Si el tipo de interés asegurado en la póliza es inferior al 4,5% no se descontarán.
 - o Si el referido tipo de interés estuviera entre el 4.50% y 4.75% se descontará el porcentaje que resulte de la siguiente fórmula:

$$(100\% - (4,75\% - IA) / 0,25\%)$$

Siendo IA Interés Asegurado



- Edad de Jubilación: se considerará como edad de jubilación para todos los trabajadores la primera a la que tengan derecho de hacerlo de conformidad con la legislación vigente en el momento de la firma de este Acuerdo Colectivo.

- Trabajadores con la condición de Mutualistas por tener cotizaciones al sistema de Seguridad Social con anterioridad al 1/1/1967, la edad de 60 años, o la de la fecha en la que cumpla 40 años de servicio, si fuera posterior, y aplicándoles a efectos de cálculos el PE correspondiente a dicha edad entera de jubilación. En todo caso, la edad prevista de jubilación para este colectivo no superará los 65 años.

- Trabajadores sin la condición de mutualistas, la edad de 63 años y aplicándoles a los efectos de cálculos, el 90% de PE de 65 años previsto en el Convenio Colectivo de banca.

- Todos los trabajadores que a la fecha de efectividad del presente Acuerdo Colectivo, hubieran alcanzado ya su primera edad de jubilación posible, conforme a lo previsto anteriormente, se les considerará su edad a dicha fecha de efectividad, como primera edad de jubilación.

- Condiciones personales y profesionales: se considerarán las realmente existentes respecto de cada empleado en la fecha de efectos de la póliza de seguro contratada.

4.1.2 Aportaciones Futuras

Las aportaciones futuras, se devengarán en función del periodo de permanencia como activo en la empresa, de acuerdo con lo previsto en la Estipulación Segunda, ello sin perjuicio del cálculo del fraccionamiento descrito en los párrafos siguientes, que determinarán la periodicidad del pago de las correspondientes aportaciones o primas, debiendo liquidarse la parte proporcional en los casos de cese de las aportaciones con anterioridad al cierre del periodo en curso.

- Consistirán en una aportación individual de cuota constante, post pagable trimestralmente, de valor actual actuarial igual al valor actual actuarial de los servicios futuros que resulten de los cálculos realizados con las mismas hipótesis anteriormente referidas respecto de los servicios pasados, excepto el tipo de interés técnico anual que se considerará del 4%, y que el salario pensionable será el correspondiente a los conceptos retributivos del Convenio Colectivo de banca que tengan dicha naturaleza, a la fecha de efectividad del presente acuerdo

colectivo, incluidas las Pagas de Beneficios en los términos y con el alcance establecidos en el apartado sexto del Acuerdo de 28.2.2006.

No obstante, la Empresa anticipará las aportaciones por el periodo devengado, con anterioridad al cierre del trimestre, en el caso en que se produzca alguna contingencia que da lugar a una prestación, se solicite la liquidez anticipada de derechos, o bien, se solicite la movilización,

- En todo caso en el cálculo de las aportaciones futuras se descontará, tal y como ya está establecido en el Acuerdo Colectivo de 8 de mayo de 2008 sobre Previsión Social Complementaria, el importe de las futuras aportaciones anuales al Plan de Previsión Social Empresarial que pudieran corresponder al personal incluido en el presente Acuerdo Colectivo, con garantía en todo caso de una aportación mínima, considerados conjuntamente uno y otro sistema, igual a la que correspondería, en cada caso, por la aplicación del Apartado Quinto del Acuerdo de 8.5.2008. De igual forma, cuando la suma de los derechos consolidados en la EPSV más los derechos consolidados en el Plan de Previsión empresarial del Banco sea superior al importe reconocido como servicios pasados, la diferencia servirá, hasta el límite de su cuantía, para su imputación a efectos de las aportaciones futuras, que no se realizarán hasta la completa absorción de dicho saldo

No obstante lo anterior, en orden a compensar la eventual menor rentabilidad que pudiera obtenerse en el Plan de Previsión Social Empresarial, derivado del acuerdo referido en el párrafo anterior, por los derechos en él consolidados descontados de la aportación inicial por servicios pasados a la póliza de seguro contratada, en virtud de las previsiones establecidas en el presente Acuerdo colectivo, se sumará a las aportaciones futuras de cada empleado previstas en este apartado una aportación anual adicional en los siguientes términos:

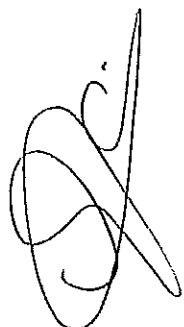
- o Si el tipo de interés asegurado en la póliza para la aportación inicial por servicios pasados supera el 4.75%, una aportación de 80 Euros anuales.
- o Si el tipo de interés asegurado en la póliza para la aportación inicial por servicios pasados es inferior al 4,5% no se efectuará ninguna aportación.
- o Si el referido tipo de interés estuviera entre el 4.50% y 4.75% se realizará una aportación anual adicional en base a la siguiente fórmula:

$$80 * (100\% - (4,75\% - IA)/0,25\%)$$

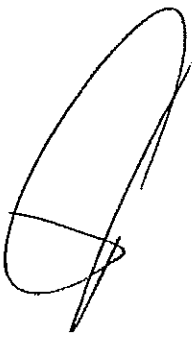
Siendo IA Interés Asegurado

- La obligación del Banco de realizar aportaciones cesará por extinción de la relación laboral, por acaecimiento de alguna de las contingencias previstas en el presente acuerdo, por suspensión del contrato de trabajo –sin perjuicio de lo dispuesto en la Estipulación Segunda de este Acuerdo Colectivo- y/o por alcanzar la fecha de jubilación prevista en el presente Acuerdo Colectivo para la valoración de los servicios pasados, y sin perjuicio de su reanudación en las situaciones previstas y reguladas en el mismo al respecto.

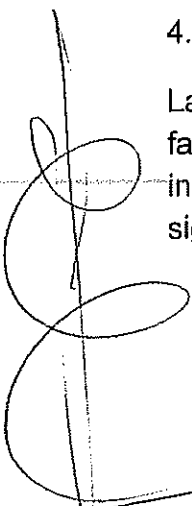
4.1.3 Recuperación de derechos en retorno de incapacidad permanente



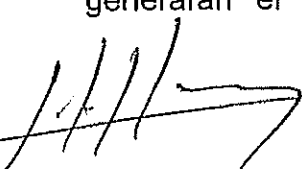
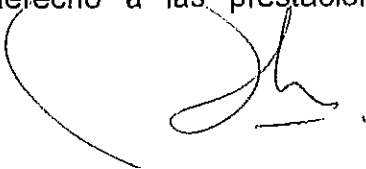
En el caso de que se produjera el retorno del empleado de una incapacidad permanente como consecuencia de su recalificación por el órgano competente, y que hubiera generado la correspondiente prestación, con el consumo de la provisión matemática de jubilación para su financiación, el Banco procederá a restituir en la póliza el importe resultante del cálculo de la provisión que le hubiera correspondido como si esta situación no se hubiera producido, minorada en el excedente que pudiera haber percibido como beneficiario. Para el cálculo de dicha provisión se procederá a la capitalización de cada una de las aportaciones, tanto de servicios pasados, como aportaciones futuras conforme a la rentabilidad que haya ofrecido la póliza para cada una de ellas, detrayendo el importe percibido como excedente por el beneficiario. En el caso de que se causara nueva prestación por incapacidad o fallecimiento, se considerará a efectos de su financiación, tanto la provisión matemática constituida a la contingencia, como la parte excedente que en su momento pudiera haberse percibido, minorándose la prestación mínima garantizada por la parte correspondiente que, en su caso debiera haber sido financiada con dicho excedente.



4.2 Contingencias de Incapacidad Permanente y Fallecimiento en Activo



Las prestaciones correspondientes a las contingencias en activo de fallecimiento, incapacidad permanente total para la profesión habitual o incapacidad permanente absoluta para toda profesión, se configuran de la siguiente forma:

- o Las situaciones de viudedad, orfandad, e incapacidad permanente generarán el derecho a las prestaciones definidas mínimas
- 
- 

garantizadas detalladas en el ANEXO I del presente Acuerdo, conforme a la definición de las prestaciones correspondientes a dichas contingencias en el XXII Convenio Colectivo de Banca.

- o No obstante, la financiación de dichas prestaciones se producirá en primera instancia con la provisión matemática de jubilación en el momento del hecho causante, debiendo la empresa complementar dicha prestación hasta alcanzar el 100% en el caso de que fuera necesario.
- o En aquellos casos en los que se hubiera ejercido la opción de liquidez por enfermedad grave de los derechos económicos derivados de este Acuerdo, las prestaciones mínimas de riesgos que se pudieran causar, conforme a lo recogido en el ANEXO I de presente Acuerdo Colectivo, se calcularán teniendo en cuenta la provisión matemática teórica que les hubiera correspondido, minorándose las prestaciones en el importe que dicha provisión matemática hubiera financiado esas prestaciones, de acuerdo con el cálculo previsto a continuación para la determinación del coste de las mismas, a los efectos de obtener el posible excedente.

En el caso de que existiera un excedente de la provisión matemática de jubilación, una vez financiadas las prestaciones definidas mínimas garantizadas, dicho excedente quedará a disposición de los beneficiarios, pudiendo elegir libremente la forma de cobro de dichas prestaciones de conformidad con lo establecido en el condicionado de la póliza de seguro contratada.

En todo caso, la póliza contemplará la efectiva disposición de la provisión matemática de jubilación al acaecimiento de las contingencias de incapacidad y fallecimiento de activo, cubiertas mediante el presente Acuerdo Colectivo. A los meros efectos de la instrumentación de la cobertura de las prestaciones de incapacidad y fallecimiento de activo, el importe del capital adicional a asegurar para la cobertura de las prestaciones mínimas garantizadas será igual a la diferencia entre capital constitutivo de las prestaciones mínimas garantizadas por fallecimiento e incapacidad, y en el importe de la provisión matemática de las prestaciones de jubilación, siempre y cuando esta diferencia fuera positiva.

Las partes firmantes se comprometen al establecimiento de los mecanismos y la negociación con la Entidad Aseguradora de las mejores condiciones de mercado, que optimicen el coste de dichas prestaciones.

QUINTA.- PROCEDIMIENTO

En orden a la formalización de la póliza de seguros se solicitarán cotizaciones y se negociarán las garantías de las condiciones de la póliza. Se contratará preferentemente una póliza de seguro en coaseguro.

Inicialmente la póliza se contratará con datos calculados y facilitados por el Banco. Tras la formalización de la póliza se realizarán los cálculos de cada trabajador, contrastados por actuarios designados por cada parte, con los datos que el banco facilite inicialmente para suscribir la póliza y corrigiéndose las desviaciones que pudieran existir respecto de los cálculos iniciales.

Realizadas las valoraciones actuariales, y con objeto de contrastar la corrección de los datos se remitirá a todos los empleados incluidos en el ámbito de aplicación del presente Acuerdo Colectivo una comunicación conteniendo los datos personales, profesionales y económicos que en cada caso se hayan utilizado para realizar sus cálculos de servicios pasados y aportaciones futuras y los datos utilizados para obtener su PE, efectuándose las correcciones que en su caso resulten necesarias de acuerdo con lo establecido en este Acuerdo Colectivo, y corrigiéndose las desviaciones que pudieran existir respecto de los cálculos iniciales.

SEXTA: COLECTIVO DEL ANTIGUO BANCO DE VITORIA

Los trabajadores en activo que a la fecha de formalización de la póliza tengan financiado el compromiso de jubilación establecido en el artículo 36 del XXII Convenio Colectivo de Banca en la EPSV de los antiguos trabajadores del Banco de Vitoria, siempre y cuando el Gobierno Vasco permita al Banco la retirada de los fondos constituidos de la EPSV exclusivamente en la parte que les corresponda a los citados empleados, estarán incluidos en la misma póliza que el resto del personal en activo y se procederá a regularizar su situación en la EPSV donde dejarán de tener cualquier derecho sobre los compromisos que actualmente se encuentran regulados en esta EPSV así como sobre los fondos constituidos al efecto, desde la fecha de la firma de la póliza de seguros que instrumentará los compromisos recogidos en el presente acuerdo colectivo.

En caso de que por cualquier circunstancia, incluida la negativa del Gobierno Vasco, no fuera posible retirar los fondos acumulados en la EPSV en la parte que les corresponda a los citados empleados, se procederá a regularizar la póliza para excluir a estos empleados de la misma, adaptando la EPSV en cuanto a consolidación de derechos y nuevo compromiso de aportación definida, tal y como se recoge en el presente acuerdo.

En tal situación, el Banco se compromete a modificar los estatutos de la EPSV para garantizar los mismos derechos de titularidad que se tengan en la póliza

de seguros, garantizar el mismo importe de capital o renta que hubieran tenido en caso de haberlos incluidos en la póliza, así como las garantías y prestaciones establecidas en cada momento y/o para cada contingencia o situación excepcional de liquidez cubiertos por el presente acuerdo colectivo. Para ello, el Banco realizará a la EPSV las aportaciones que resulten necesarias para que las prestaciones a percibir sean las mismas que se hubieran percibido en la póliza de aseguramiento que instrumente el presente Acuerdo para el resto del colectivo o complementará las prestaciones hasta alcanzar dichos importes. El banco decidirá si la EPSV asegura o no dichas prestaciones en póliza de seguros, siendo en ese caso tomador de la póliza la propia EPSV.

Con periodicidad anual se constatará la necesidad de realización de estas aportaciones, si bien, en el caso de acaecer una contingencia, generarse una situación de liquidez, o cese de la relación laboral, dicha constatación se deberá producir en la fecha del evento, generándose, en su caso la obligación de pago de forma inmediata, ello sin perjuicio de las obligaciones de aportación que pudieran producirse para la adecuada cobertura de las prestaciones referidas.

No obstante, en ningún caso los empleados incluidos en este colectivo del antiguo Banco de Vitoria podrán percibir una prestación total superior a la establecida para cada una de las contingencias cubiertas por el presente acuerdo colectivo.

SEPTIMA.- VINCULACION A LA TOTALIDAD

Las condiciones aquí pactadas forman un todo orgánico e indivisible y, a efectos de su aplicación práctica, serán consideradas globalmente sin que quepan por lo tanto valoraciones o interpretaciones aisladas de las estipulaciones convenidas.

OCTAVA.- SUPUESTOS ESPECIALES DE CONTINGENCIAS DE RIESGO

A los efectos de cobertura de las contingencias previstas en los artículos 35.4, y 38 del Convenio Colectivo de banca se tendrá en consideración la provisión matemática en la póliza de seguro en la fecha del hecho causante, en los mismos términos previstos en el apartado 4.2 de la estipulación Cuarta.

NOVENA.- JUBILACION POR MUTUO ACUERDO

De conformidad con lo prevenido en el actual Convenio Colectivo de Banca, si la jubilación de los trabajadores no mutualistas incluidos en el presente Acuerdo Colectivo se produce por mutuo acuerdo con el Banco, el PE a aplicar a los 63 y 64 años es del 100% del PE de los 65 años. Si se diera este

supuesto, de forma individual o colectiva, en el momento de la jubilación se realizará en la póliza de seguro y a favor de esos trabajadores una aportación extraordinaria igual al capital adicional al que tendrían derecho, calculado de conformidad con los criterios e hipótesis especificados en el ANEXO III.

DECIMA.- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Se crea una Comisión de Seguimiento compuesta por un máximo de 8 miembros, la mitad de ellos designados por el banco y la otra mitad por la otra parte signataria, con el cometido específico de conocer y pronunciarse sobre cuantas cuestiones de interpretación le sean formalmente sometidas.

De igual forma se encargará de hacer el seguimiento de todos los temas pendientes derivados de la firma del presente Acuerdo, así como de recibir toda la información que corresponda, de conformidad con el clausulado de la póliza.

DECIMOPRIMERA.- ENTRADA EN VIGOR

Sin perjuicio de las previsiones expresamente establecidas en cuanto a su efectividad el presente acuerdo colectivo entrará en vigor el día de su firma.

Y para que así conste, y así cumplirlo de buena fe firman el presente Acuerdo Colectivo de eficacia general en Madrid, en el lugar y fechas en el encabezamiento reseñados.



ANEXO I

Primero.- Incapacidad permanente total para la profesión habitual

Los trabajadores que queden en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual o incapacidad permanente absoluta para toda profesión, a partir de la fecha en que se declare una u otra situación, tendrán derecho a percibir una cantidad tal que, sumada a la pensión que el inválido perciba de la Seguridad Social como consecuencia de su actividad bancaria, le suponga una percepción total anual igual al 100 por ciento de la que le correspondería por aplicación del Convenio Colectivo de Banca, excluido el cuarto de paga establecido en el artículo 19.7 y la percepción RAE regulada en el artículo 19.8, ambos del citado Convenio, así como las pagas de beneficios en los términos y con el alcance establecido en el acuerdo de 28.2.2006, como si en dicha fecha estuviesen en activo, incluida la ayuda familiar, y una vez deducida la cuota de la Seguridad Social a cargo del trabajador.

La cantidad que corresponda se abonará por dozavas partes en cada mes natural.

2.- La cantidad complementaria así determinada no se alterará en menos como consecuencia de las revalorizaciones de pensiones de la Seguridad Social acordadas con carácter general en tanto no varíe el grado de la invalidez reconocida. Por el contrario, si con posterioridad al reconocimiento de una incapacidad permanente total para la profesión habitual tuviese lugar, por revisión, el de una incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, la pensión que tuviera que pagarse se reducirá en la misma cuantía en que se incrementen las prestaciones a cargo de la Seguridad Social.

3.- Cuando la incapacidad de un empleado de Banca le sobrevenga como consecuencia de violencias ejercidas sobre él hallándose en acto de servicio, tendrá derecho a la cantidad establecida en el punto 2 del artículo 38 del XII Convenio Colectivo de Banca, con los aumentos que le correspondieran durante el tiempo que le falta para cumplir sesenta y cinco años; alcanzada esta edad, se aplicarán las disposiciones sobre incapacidad, como si en esa fecha se le declarase la misma

Segundo.- Viudedad y orfandad.

a) Viudedad:

1.- Se establece una pensión complementaria a favor de los viudos de los trabajadores fallecidos en activo.

2.- La cuantía de dicha pensión de viudedad es complementaria de la que corresponda por el Régimen General de la Seguridad Social, debiendo alcanzar la suma de ambas cantidades el 50 por 100 de la base que se determina en el apartado siguiente.

3.- La base para el cálculo de la pensión de viudedad será el total de percepciones del causante, derivadas de la aplicación del Convenio, excluido el cuarto de paga establecido en el artículo 19.7 y la percepción RAE regulada en el artículo 19.8, ambos del citado Convenio, así como las pagas de beneficios en los términos y con el alcance establecidos en el acuerdo de 28.2.2006, incluida la ayuda familiar, y deducidas las cuotas a su cargo de la seguridad Social, en el momento del fallecimiento.

4.- Para ser considerados beneficiarios de esta pensión será preciso:

- Que el viudo reúna las condiciones exigidas en el Régimen General de la Seguridad Social. En este sentido se considerará viudo del trabajador fallecido, aquella persona a la que la Seguridad Social reconozca prestación de viudedad derivada del fallecimiento del causante

- No obstante lo anterior, los viudos que no hayan cumplido 40 años y no tengan hijos gozarán de los beneficios indicados y con las mismas exigencias.

5.- Se extinguirá automáticamente la pensión complementaria de viudedad cuando dejara de percibir y se extinguiese la pensión de viudedad que reglamentariamente le corresponda de la Seguridad Social.

b) Orfandad:

1.- Queda establecida una pensión complementaria en los casos de orfandad producidos a partir de 1969, que ascenderá al 20 o al 30 por ciento (este último porcentaje cuando se trate de orfandad total) sobre las bases que se determinarán de igual forma que en los casos de viudedad.

2.- La pensión complementaria de orfandad así establecida se aplicará por cada uno de los hijos que reúnan los requisitos que exige la Ley de Seguridad Social y disposiciones complementarias.

3.- Cuando el huérfano sea calificado como minusválido conforme a las disposiciones vigentes, la prestación se extenderá hasta su recuperación, con independencia de la edad, siempre que esté incapacitado para el trabajo y perciba la prestación de orfandad del organismo correspondiente de la Seguridad Social.

c) Limitación para estas pensiones complementarias:

La acumulación de los complementos de pensiones por viudedad y orfandad no podrá superar en ningún caso el 100 por ciento de las percepciones pensionables del causante en el momento del fallecimiento derivadas de la aplicación del Convenio Colectivo de Banca.

ANEXO II

SALARIOS PENSIONABLES

Tienen la consideración de pensionables:

1º.- Los siguientes conceptos retributivos previstos en el XXII Convenio Colectivo de Banca:

- Diferencia artículo 10.VI (Asimilación Salarial)
- Sueldo (art.13)
- Trienios de Antigüedad (art.15)
- Trienios de Técnicos (art. 16)
- Gratificaciones extraordinarias :
 - Extra Julio – Diciembre (art. 17)
 - Extra estímulo a la producción (art. 21)
 - Participación en Beneficios (art. 18 y Acuerdo 28.2.2006) (*)
- Compensación Fiestas Suprimidas (art.19.3)
- Complemento personal de Destino (art.19.4)
- Asignación Vivienda Conserje (art.19.5)
- Plus Transitorio Responsabilidad Administrativa (art.19.6)
- Plus Calidad de Trabajo (art.22)
- Complemento Transitorio (art. 24)
- Plus Polivalencia Funcional (art. 24.1)
- Plus Servicios Generales (art.24.2)
- Bolsa de Vacaciones (art.26-VI)

(*) las pagas de beneficios reguladas en el Acuerdo de 28.2.2006 tendrán la consideración de pensionables, tanto a efectos de jubilación (aportaciones futuras) como de riesgos (incapacidad y fallecimiento) en la medida que se vaya cumpliendo el calendario de pensionabilidad establecido en el citado documentos.

No tendrán la consideración de salario pensionable cualesquiera otros conceptos ya sean salariales o extrasalariales, fijos o variables, dinerario o en especie, cuya denominación en los recibos de haberes no coincida exactamente con alguno de los relacionados en este Anexo.

ANEXO III

Determinación de las Aportaciones Extraordinarias a favor de los empleados que se jubilen conforme a lo previsto en la Estipulación Novena.

La valoración de las Aportaciones Extraordinarias por aplicación de los previstos en la estipulación Octava, para los empleados que se jubilen de mutuo acuerdo a los 63 o 64 años de edad se realizará conforme a lo siguiente:

Si la jubilación se produce una vez cumplidos los 63 años de edad, si alcanzar los 65 años, la Aportación Extraordinaria a realizar se determinará de la siguiente forma:

$$AE_{fj} = (VAT_{Jfj} (100\% PE65; 4,75\%) -$$

$$VAT_{Jf63} (90\% PE65 ; 4,75\%) * (1,0475^{((fj-fj63)/365,2)})) * ANT_{fs} / ANT_{f63}) +$$

$$(VAT_{Jfj} (100\% PE65 ; 4\%) -$$

$$VAT_{Jf63} (90\% PE65 ; 4\%) * (1,04^{((fj-fj63)/365,2)})) * (1 - ANT_{fs} / ANT_{f63})$$

Donde,

AE_{fj} Aportación extraordinaria a la fecha de la jubilación efectiva

fs Fecha de efectos de la póliza de seguro contratada

$f63$ Fecha prevista de jubilación para la valoración de los Servicios Pasados (con carácter general para este colectivo los 63 años)

fj Fecha de jubilación efectiva

VAT_{fj-63} Valor actuarial total de jubilación valorado a la fecha de jubilación efectiva o la fecha prevista de jubilación en este Acuerdo Colectivo, respectivamente. Las especificaciones de la valoración entre paréntesis se refieren al PE aplicado, y al tipo de interés técnico de la valoración.

Para el cálculo de los valores actuariales se tendrá en cuenta la misma información personal, familiar y económica que se utilizó para la valoración inicial, con excepción de la fecha de jubilación efectiva.

ANEXO V

FORMULA PE

$$\frac{A(SNA - SS) - \left(B \frac{\Sigma BC}{84} 12\right)}{SNA} 100 = PE$$

A =	65 años.....	100%
	60 a 64 años con 40 de servicio.....	95%
	60 a 64 años sin 40 de servicio.....	90%
B =	65 años.....	100%
	64 años.....	92%
	63 años.....	84%
	62 años.....	76%
	61 años.....	68%
	60 años.....	60%

SNA = Salario nominal de Convenio al 31.12.87, anualizado, como si en dicha fecha tuviese cumplidos cada empleado 60, 61, 62, 63, 64, o 65 años de edad, computando en tal salario los aumentos que, por aplicación y en las cuantías del Convenio vigente en 31.12.87, le corresponderían, tanto por vencimiento de trienios, como por ascensos por mera antigüedad, hasta cada una de las edades mencionadas.

SS = Cuota de Seguridad Social a cargo del empleado al 31.12.87, anualizada, calculada teniendo en cuenta el grupo de tarifa de cotización y la retribución que le correspondería en cada una de las edades de jubilación comentadas en el párrafo precedente (SNA).

ΣBC = Suma de bases de cotización del empleado (período 1.1.81 a 31.12.87). A estos efectos se computarán para determinar las bases de cotización en la forma establecida legalmente, los haberes que teóricamente hubiera percibido según el apartado (SNA), calculados con las tablas salariales vigentes en cada uno de los años de referencia, si tales haberes no llegaran al tope de cotización para cada grupo de tarifa aplicable en cada caso y para cada uno de los años computados. Si dichas retribuciones superasen los topes mencionados, se computarían como bases de cotización los comentados topes existentes en cada año computado. Las bases así determinadas, correspondientes al período 1.1.81 a 31.12.85, se indexan de acuerdo con la Disposición Transitoria tercera, número 1, letra C, en la forma prevista en el artículo 3º, punto 1, regla 2, de la Ley 26/85 de 31 de julio.

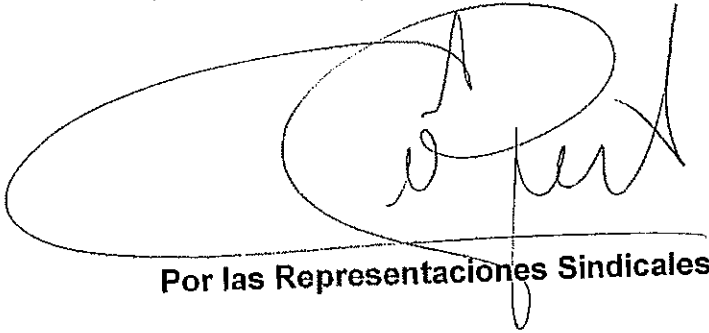
PE = Porcentaje de prestación económica a cargo de Empresa.

$\left(B \frac{\Sigma B}{84} 12\right)$ = El valor máximo aplicable de esta expresión será de 2.631.300 (187.950 x 14), correspondiente al tope de prestación de jubilación de la Seguridad Social.

[Handwritten scribbles and signatures on the left margin]

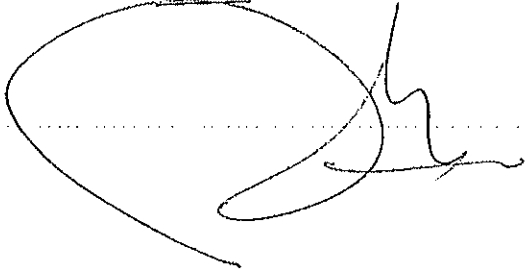
[Handwritten signature and scribbles at the bottom right]

Por Banco Español de Crédito, S.A.

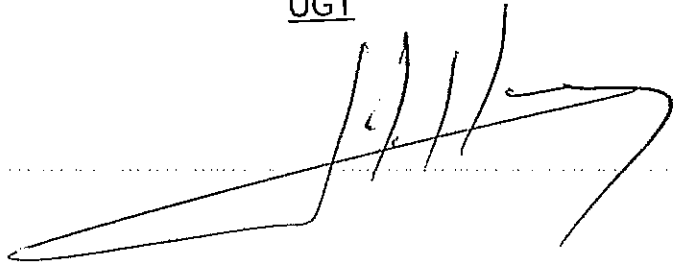


Por las Representaciones Sindicales

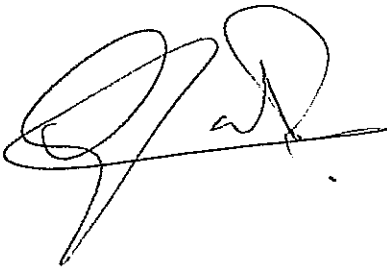
CCOO



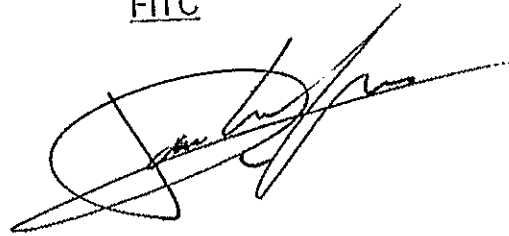
UGT



SEB



FITC



Anexo II

A- Fallecimiento en acto de servicio.

1.- La Empresa concederá a los viudos y/o huérfanos del trabajador que fallezca como consecuencia de las lesiones sufridas hallándose en acto de servicio la cantidad establecida en el punto 2, siempre que en el fallecimiento concurren las siguientes condiciones:

- a) Que entre la prestación estricta del servicio y el hecho de la muerte exista un indudable nexo de causalidad u ocasionalidad.
- b) Que las lesiones causantes de la muerte se produzcan:
 1. O por acontecimiento fortuito debido a un agente físico exterior, salvo que se trate de un siniestro que, por su naturaleza o generalidad no sea racionalmente referible a las condiciones en que se presta el servicio, o siéndolo, escape al orden de lo humanamente previsible.
 2. O por actos propios del que resulte víctima, salvo que por su parte mediara impericia, imprudencia o inobservancia de obligaciones.
 3. O por actos de un tercero.
2. La cantidad a satisfacer por la Empresa será la que por todos los conceptos retributivos establecidos en el Convenio percibiera el trabajador en el momento de su fallecimiento, excluido el cuarto de paga establecido en el artículo 19.7 y la percepción RAE regulada en el artículo 19.8, deducida, en su caso, la renta que pudiera percibirse si el riesgo estuviera cubierto por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo o por cualquier sistema de aseguramiento establecido o concertado por la Empresa. A estos efectos, si el Seguro diera lugar a una entrega de capital, se estimará la renta en un 6 por ciento del mismo.

La empresa abonará la cantidad a su cargo por dozavas partes en cada mes natural.

3. Cuando el fallecimiento de un empleado de Banca le sobrevenga como consecuencia de violencias ejercidas sobre él hallándose en acto de servicio, la Empresa concederá a los viudos y/o huérfanos del trabajador fallecido la cantidad establecida en el punto 2 del presente artículo, con los aumentos que le correspondieran durante el tiempo que le faltase para cumplir los sesenta y cinco años.

B- Viudedad y orfandad.

a) Viudedad:

1. Se establece una pensión complementaria a favor de los viudos de los trabajadores inválidos.
2. La cuantía de dicha pensión de viudedad es complementaria de la que corresponda por el Régimen General de la Seguridad Social, debiendo alcanzar la suma de ambas cantidades el 50 por 100 de la base que se determina en el apartado siguiente.
3. La base para el cálculo de la pensión de viudedad vendrá determinada por la pensión de invalidez que percibiera de la Seguridad social, más en su caso, la prestación que por el mismo concepto percibiera de la Empresa.
4. Para ser considerados beneficiarios de esta pensión será preciso:

- Que el viudo reúna las condiciones exigidas en el Régimen General de la Seguridad Social. En este sentido se considerará viudo del trabajador inválido aquella persona a la que la Seguridad Social reconozca prestación de viudedad derivada del fallecimiento del causante.
 - No obstante lo anterior, los viudos que no hayan cumplido 40 años y no tengan hijos gozarán de los beneficios indicados y con las mismas exigencias.
5. Se extinguirá automáticamente la pensión complementaria de viudedad cuando dejara de percibir y se extinguiere la pensión de viudedad que reglamentariamente le corresponda de la Seguridad Social.

b) Orfandad:

1. Queda establecida una pensión complementaria en los casos de orfandad, que ascenderá al 20 o al 30 por ciento (este último porcentaje cuando se trate de orfandad total) sobre las bases que se determinarán de igual forma que en los casos de viudedad.
2. La pensión complementaria de orfandad así establecida se aplicará por cada uno de los hijos que reúnan los requisitos que exige la Ley de Seguridad Social y disposiciones complementarias.
3. Cuando el huérfano sea calificado como minusválido conforme a las disposiciones vigentes, la prestación se extenderá hasta su recuperación con independencia de la edad, siempre que esté incapacitado para el trabajo y perciba la prestación de orfandad del organismo correspondiente de la Seguridad Social.

c) Limitación para estas pensiones complementarias:

La acumulación de los complementos de pensiones por viudedad y orfandad no podrá superar en ningún caso el 100 por ciento de las percepciones del inválido en el momento del fallecimiento derivadas de la aplicación del Convenio.

**SEGURO TEMPORAL RENOVABLE ANUALMENTE
PARA EL CASO DE MUERTE**

Tarifa de primas mínimas anuales, por cada 10.000 Euros de capital asegurado, para grupo de diez o más personas.

EDAD	HOMBRE	MUJER	EDAD	HOMBRE	MUJER
20	17,48	4,93	48	39,89	18,06
21	17,00	4,93	49	43,95	19,41
22	16,52	4,93	50	48,49	21,06
23	16,03	4,93	51	53,61	23,09
24	15,65	4,93	52	59,31	25,50
25	15,26	5,12	53	65,59	28,20
26	14,97	5,41	54	72,54	31,20
27	14,78	5,80	55	80,27	34,39
28	14,68	6,09	56	88,67	37,67
29	14,59	6,47	57	97,75	41,15
30	14,59	6,86	58	107,70	44,63
31	14,78	7,34	59	118,42	48,10
32	14,97	7,73	60	130,01	51,48
33	15,26	8,21	61	142,47	54,77
34	15,74	8,69	62	155,80	57,86
35	16,23	9,18	63	170,00	62,01
36	16,90	9,76	64	185,26	68,58
37	17,77	10,34	65	203,42	77,56
38	18,64	11,01	66	225,44	88,96
39	19,80	11,59	67	251,17	102,97
40	21,06	12,17	68	281,37	119,58
41	22,51	12,85	69	315,27	138,80
42	24,15	13,43	70	353,04	160,73
43	25,98	14,01	71	394,77	185,36
44	28,11	14,59	72	440,46	212,89
45	30,52	15,16	73	490,10	243,22
46	33,23	15,94	74	543,71	276,54
47	36,41	16,90	75	601,18	312,76

SEGURO DE RIESGOS COMPLEMENTARIOS

Tarifa de primas mínimas anuales, por cada 10.000 euros de capital asegurado.

GARANTÍA	PRIMA POR EDADES			
	Hasta 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 a 70
Incapacidad Permanente Total	12,07	24,15	60,37	150,92
Incapacidad Permanente Absoluta	4,83	9,66	24,15	60,37
Fallecimiento Acto Servicio	0,97	0,97	0,97	0,97
IPT Causas Violentas	0,29	0,29	0,29	0,29
IPA Causas Violentas	0,19	0,19	0,19	0,19
Fallecimiento Causas Violentas	0,19	0,19	0,19	0,19

ANEXO V

Protocolo de obtención de valor de mercado en rescates

El valor de rescate, en una fecha determinada, se obtendrá aplicando sobre la provisión matemática de ese día, un coeficiente, que represente el efecto de la variación de los valores de mercado de los activos entre la fecha de formalización de la póliza y la del rescate.

Para el cálculo de la evolución de los valores de mercado de los activos, se toma la que se va a denominar "curva de tipos de mercado de la cartera de activos", tanto en la fecha de la contratación como en la del rescate.

Esta "curva de tipos de mercado de la cartera de activos", en una fecha determinada, es la curva cupón cero que se obtiene, tomando datos de cierre de ese día, del siguiente modo:

1. Se obtiene una curva cupón cero derivada de la curva euro swap, que denominaremos "curva cupón cero swap".
2. Se calcula el valor de mercado de los activos vinculados a la cobertura de las provisiones matemáticas. En caso de realización o venta de los activos en el mercado, será este el valor que se tome, descontados los gastos de desinversión.
3. Se calcula el valor actualizado de los ingresos futuros de los activos vinculados a la cobertura de provisiones matemáticas, aplicando la "curva cupón cero swap", más un diferencial tal que permita obtener un valor actualizado igual al valor de mercado indicado en el punto 2 anterior.
4. La "curva cupón cero swap" más ese diferencial es la denominada "curva de tipos de mercado de la cartera de activos".

Así, el valor de rescate VR se obtendrá al aplicar la siguiente expresión:

$$VR = PM \times CVM$$

Donde son:

PM.- Valor de la provisión matemática en el momento del rescate, calculada con el tipo de interés técnico utilizado para el cálculo de la prima.

CVM.- Importe que se obtiene de dividir, el valor presente de los flujos futuros de los pasivos, actualizados con la "curva de tipos de mercado de la cartera de activos" de la fecha de rescate, entre el valor presente de los mismos flujos, actualizados con la "curva de tipos de mercado de la cartera de activos" de la fecha de formalización de la póliza. Su expresión matemática será:

$$CVM = VMR / VMF$$

Información de la cartera en la fecha de formalización de la póliza:

La cobertura de los compromisos por prestaciones se realiza mediante un asset swap compuesto por 1) bonos y obligaciones de deuda pública española y 2) un swap de tipo de interés.

Se adjunta el detalle solicitado de los activos utilizados en el cierre definitivo de la operación.

ISIN	DIVISA	NOMINAL	PRECIO	EFFECTIVO
ES00000120D1	EUR	75,000,000	24.46%	18,344,372
ES00000120V3	EUR	4,000,000	19.62%	784,650
ES00000120O8	EUR	75,000,000	19.45%	14,585,039
ES00000120O8	EUR	20,000,000	19.45%	3,889,344
ES00000122V9	EUR	75,000,000	18.88%	14,161,230
ES00000121S7	EUR	94,777,000	83.77%	79,397,030

No se asume ningún compromiso en futuras cotizaciones.

ANEXO VI

Cláusula de Transformación en Capital a Fecha de Vencimiento

El valor de rescate en dicha fecha se determinará sumando o restando, a la provisión matemática de ese día, un importe, que represente el efecto de la variación de los valores de mercado de los activos entre la fecha de formalización de la póliza y la del rescate.

Para la representación de la evolución de los valores de mercado de los activos, se han tomado los títulos de Deuda Pública Española, por ser un mercado líquido que refleja realmente el valor al que se efectúan las transacciones de este tipo de activos en el mercado.

En consecuencia, el valor de rescate VR se obtendrá al aplicar la siguiente expresión:

$$VR = PM + CVM$$

Donde:

PM.- Valor de la provisión matemática en el momento del rescate.

CVM.- Importe que se obtiene de restar: el valor actual de los flujos futuros de los pasivos con la curva de la fecha del rescate y el valor actual de los mismos flujos con la curva de la fecha de formalización de la póliza. Los valores actuales indicados se obtienen aplicando la curva de deuda que corresponda al momento de formalización de la póliza y al de rescate. Su expresión matemática será:

$$CVM = VMR - VMF$$

Donde:

VMR.- Es el valor actual de los flujos probables futuros de los pasivos, actualizados con la "Curva de Mercado de la Deuda Pública Española" que corresponda al día del rescate. Al realizar este cálculo se deben tener en cuenta, también, los posibles costes de desinversión de los activos.

VMF.- Es el valor actual de los flujos probables futuros de los pasivos, actualizados con la "Curva de Mercado de la Deuda Pública Española" que corresponda al día de la formalización de la póliza.

La "Curva de Mercado de la Deuda Pública Española", se obtiene como se indica a continuación:

- En la fecha que corresponda, se tomarán las TIR de mercado de los Bonos y Obligaciones del Estado en los plazos más representativos.
- El resto de plazos en que no haya títulos del Estado con cotizaciones representativas, se obtendrán por interpolación lineal de los conocidos.
- Una vez realizadas estas operaciones se obtendrá una nueva curva, con tipos en todos los plazos, que es la denominada "Curva de Mercado de la Deuda Pública Española".
- De esta curva se obtiene una curva cupón cero, que será la que directamente se aplique para el cálculo del valor actual de los pagos probables futuros de las pólizas.

ANEXO VII

Reajuste de primas en función de la siniestralidad

Se establece un sistema de fraccionamiento de pago de primas trimestral.

Se anticipará en cada recibo trimestral una cuantía del reajuste de primas en función de la siniestralidad.

Este anticipo se calculará de la siguiente forma:

1. Se parte de una siniestralidad anual estimada que se establecerá de común acuerdo entre Tomador y Aseguradora al comienzo de cada ejercicio, teniendo en cuenta la siniestralidad histórica, y al efecto de igualar el importe de la suma de los anticipos trimestrales al total del reajuste de primas anual, efectuándose para ello un seguimiento trimestral de dicha estimación.
2. La cuenta estimada del reajuste de primas en cada trimestre se calcula como 95% del resultado de la siguiente diferencia: (88% prima neta total - la siniestralidad anual estimada).
 - o La siniestralidad anual estimada para el primer trimestre se corresponde con la calculada en el punto 1 anterior.
 - o Para los siguientes trimestres, la siniestralidad estimada se compondrá de la suma de:
 - i. la siniestralidad real conocida hasta dicho momento.
 - ii. La parte proporcional de la siniestralidad anual estimada según el punto 1, correspondiente al periodo que resta hasta el final de la anualidad.
3. El reajuste de primas que se distribuye en cada recibo trimestral será el que resulte de prorratear entre los recibos pendientes el resultado de restar al cálculo de la estimación realizada conforme al punto 2, las cantidades ya anticipadas en trimestres anteriores.

Cada recibo trimestral se compondrá de una cuarta parte de la prima anual menos el anticipo del reajuste de primas calculado según los puntos anteriores incrementado en los impuestos, recargos y tasas legales que correspondan. Estos recibos se girarán al tomador a lo largo del mes correspondiente al vencimiento de cada recibo.

Al final de cada ejercicio, y coincidiendo con la regularización (1) de movimientos (altas, bajas y modificaciones) se realizará la cuenta del reajuste de primas definitiva con las primas y siniestros reales conocidos hasta dicho momento. Teniendo en cuenta los anticipos del reajuste de primas ya realizados, y el saldo resultante de la regularización anterior, se emitirá el recibo correspondiente a abonar o extornar en dicho momento. Una vez emitido este recibo, se renovará la póliza. En el caso que la póliza no se renovara, la liquidación definitiva del reajuste de primas conforme al procedimiento de regularización descrito en el párrafo anterior, se realizará una vez hayan transcurridos 12 meses desde el cese de coberturas al efecto de recoger los siniestros declarados con posterioridad a dicha fecha. No obstante lo anterior, dicha regularización tendrá carácter provisional en tanto en cuanto se sigan declarando nuevos siniestros cubiertos por la póliza.

(1) Regularización de movimientos o variación en el colectivo asegurado: Una vez al año, a poder ser con un mes de antelación a la fecha de renovación de la póliza, el tomador facilitará fichero con el detalle del total de movimientos producidos en la anualidad. En dicho fichero debe figurar la fecha de efecto de cada movimiento.