



Datos generales

Nombre Distribuidor	Cód. Distribuidor	Cód. Producto	Fecha efecto póliza (a cumplimentar en la emisión)
---------------------	-------------------	---------------	--

Datos del Solicitante

Nombre/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido
NIF/CIF	Domicilio	Nº Piso (otros)
Población	C.P. Provincia	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Sexo	Profesión
Idioma de preferencia	Situación familiar (indicar número de hijos a su cargo)	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Email

País de Residencia Fiscal

Datos del Asegurado (si es distinto del solicitante)

Nombre/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido
DNI/NIE	Domicilio	Nº Piso (otros)
Población	C.P. Provincia	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Sexo	Profesión
Idioma de preferencia	Situación familiar (indicar número de hijos a su cargo)	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Email

País de Residencia Fiscal

Domiciliación bancaria

Cód. IBAN [E S] Cód. Entidad [] Cód. Oficina [] DC [] Número de cuenta []

Modalidad seguro

CAPITAL CONSTANTE	Capital Asegurado
Garantías	
Fallecimiento por cualquier causa	_____
Fallecimiento Accidente	_____
Fallecimiento Accidente Circulación	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente Circulación	_____
Incapacidad Permanente Total (Para profesión habitual)	_____
Enfermedades Graves	_____

Duración del seguro: 1 año Anual (Renovable) Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado: (Salvo indicación expresa del Solicitante, el orden preferente y excluyente será 1º el cónyuge no separado legalmente, 2º los hijos, 3º herederos legales).

En caso de Incapacidad: (Salvo designación expresa del Solicitante será el propio Asegurado).

En caso de Enfermedades Graves será siempre el propio Asegurado.

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante/asegurado queda/n informado/s y autoriza/n la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos para la gestión de la solicitud. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la misma. Si el Solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la gestión de su solicitud no podría llevarse a cabo. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la Entidad Aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto de la solicitud y, en su caso, contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante/asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing/CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor

DECLARACIONES DE SALUD DEL ASEGURADO

Estatura _____ cms. Peso _____ kgs.

¿Fuma? Si No

Para capitales (cúmulo) iguales o inferiores a 30.000€ y para asegurados con edad igual o inferior a 55 años que contraten un capital (cúmulo) inferior a 150.000€, cumplimentar esta pregunta/declaración de estado de salud:

1. ¿Durante los últimos 5 años, ha tenido alguna vez síntomas o ha sido diagnosticado, o ha sido sometido a exploración, o tiene previsto serlo de: corazón, pulmón, trastorno circulatorio, presión arterial alta, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos o en los últimos 2 años ha sido hospitalizado durante más de 7 días consecutivos? Si No

A cumplimentar para el resto de asegurados:

2. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta o aceptada con sobreprima o exclusiones alguna solicitud de seguro de vida? Si No

3. ¿Está recibiendo o tramitando alguna pensión por incapacidad para trabajar, o ha tenido alguna vez algún siniestro de incapacidad, accidente o enfermedad grave? Si No

4. ¿Le han diagnosticado alguna vez o ha recibido tratamiento médico por alguna de las siguientes causas?: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), Alergias o trastornos de Sistema Inmunológico, Vejiga, Riñones, Próstata o Sistema Urinario, Sangre, Huesos, articulaciones, músculos o tejido conectivo, Cerebro, médula espinal o trastornos o enfermedades neurológicas, Pulmón o problemas respiratorios, Cáncer, Melanomas, Quistes, Tumores o bultos de cualquier tipo? Si No

5. ¿Le han diagnosticado alguna vez o ha recibido tratamiento médico por alguna de las siguientes causas?: Ictus o accidente cerebro vascular, Ataque isquémico transitorio (ATI), Diabetes, Dependencia de Alcohol o Drogas, Oído, Nariz, Garganta o Boca, Ojos, Corazón, venas o vasos sanguíneos, Hepatitis, Hormonas, glándulas o enfermedades metabólicas, Infecciones o enfermedades virales, Lesiones o envenenamientos, Intestino, esófago o estómago, Hígado, Vesícula o conducto biliar, Alteración psicológica, mental o del comportamiento. Si No

6. ¿Su madre, padre, hermana o hermano biológico han sido diagnosticados antes de los 60 años de: Cáncer, infarto, accidente cerebrovascular, enfermedad de Huntington, Alzheimer o Parkinson? Si No

7. ¿Tiene la intención de solicitar o le han aconsejado seguir tratamiento médico por algún problema de salud distinto de los mencionados a está a la espera de cualquier ingreso hospitalario o de resultados de alguna prueba médica? Si No

8. En los últimos 5 años, ¿Se ha sometido o está pendiente de someterse a algún tipo de cirugía? Si No

9. En los últimos 5 años, ¿se ha sometido a algún tratamiento médico de más de 3 semanas de duración por motivos distintos de la hipertensión, el colesterol alto, la hipertrigliceridemia, la menopausia, las alergias, anticonceptivos o terapia preventiva? Si No

10. Aparte de las patologías mencionadas, ¿Durante los últimos 5 años le ha sido recetada medicación por un médico u otro profesional de la salud por un periodo superior a 7 días (aparte de la gripe común)? Si No

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante/asegurado queda/n informado/s y **autoriza/n la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos** para la gestión de la solicitud. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la misma. **Si el Solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la gestión de su solicitud no podría llevarse a cabo.** El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la Entidad Aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto de la solicitud y, en su caso, contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante/asegurado podrá dirigirse a **AXA SEGUROS E INVERSIONES**, (Departamento de Marketing/CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por **AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor

CUESTIONARIO DE VIAJES DEL ASEGURADO

Tiene previsto a corto o medio plazo desplazarse por motivos profesionales a otro país distinto de Europa o Norteamérica: Si No

Detalle cuales _____

Duración (en días): _____

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS DEL ASEGURADO

¿Practica algún deporte? _____

Detalle cuales _____

Cláusulas limitativas o de exclusiones

La Entidad Aseguradora no cubre ningún siniestro cuya causa sea consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes anteriores al efecto del seguro, aun cuando concurra con otras enfermedades posteriores al efecto del seguro.

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante/asegurado queda/n informado/s y **autoriza/n la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos** para la gestión de la solicitud. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la misma. **Si el Solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la gestión de su solicitud no podría llevarse a cabo.** El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la Entidad Aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto de la solicitud y, en su caso, contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante/asegurado podrá dirigirse a **AXA SEGUROS E INVERSIONES**, (Departamento de Marketing-CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por **AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor

Nota Informativa del Seguro Vida Protect

En cumplimiento de lo dispuesto en los arts. 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, AXA AURORA VIDA, S.A., le informa:

Datos de la Entidad Aseguradora:

AXA Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros. Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya al tomo BI-142, folio 196, hoja BI-640.

Domicilio social: C/ Buenos Aires, 12 48001 Bilbao. CIF A-48464606

Servicios Centrales: C/. Emilio Vargas 6 - 28043 Madrid

Legislación aplicable:

Será aplicable la legislación española, rigiéndose por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma electrónica.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio.
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

Procedimientos de reclamación:

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el SERVICIO DE DEFENSA DEL CLIENTE de la Entidad Aseguradora con dirección: Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, por correo electrónico: centro.reclamaciones@axa.es, directamente o a través de la página www.axa.es o la web Clientes. Dicho departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

En Cataluña, y en cumplimiento de lo dispuesto en de conformidad con la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, podrá dirigirse, además, a la siguiente dirección: World Trade Center Almeda Park, edificio 6, Plaza de la Pau s/n, 08940 - Cornellà de Llobregat o contactar en el teléfono 900 132 098.

Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el SERVICIO DE DEFENSA DEL CLIENTE haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores o la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.

c) Por mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación de asuntos civiles y mercantiles.

d) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

Tipo de seguro:

Vida Riesgo Individual.

Garantía Principal:

Fallecimiento por cualquier causa: Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la póliza, pagaremos a los Beneficiarios el capital indicado en la póliza.

Garantías complementarias:

- **Incapacidad permanente absoluta por cualquier causa:** En caso de incapacidad permanente absoluta del Asegurado, durante la vigencia de la póliza, pagaremos el capital indicado en la póliza.
- **Fallecimiento por accidente:** Si el Asegurado fallece a causa de un accidente cubierto por la póliza, pagaremos a los Beneficiarios el capital indicado en la póliza.
- **Fallecimiento por accidente de circulación:** Si el Asegurado fallece, como peatón, causado por un vehículo; como conductor o pasajero de un vehículo terrestre; o como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos, pagaremos a los Beneficiarios el capital indicado en la póliza.
- **Incapacidad permanente absoluta por accidente:** Si el Asegurado se ve afectado por una incapacidad permanente absoluta provocada por un accidente, pagaremos a los Beneficiarios el capital indicado en la póliza.
- **Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación:** Si el Asegurado se ve afectado por una incapacidad permanente absoluta como peatón, causado por un vehículo; como conductor o pasajero de un vehículo terrestre; o como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos, pagaremos a los Beneficiarios el capital indicado en la póliza.
- **Incapacidad permanente total:** En caso de que el Asegurado se quede inválido de forma permanente total para la profesión habitual, pagaremos el capital indicado en la póliza.
- **Graves enfermedades:** Si al Asegurado se le diagnostica alguna de las enfermedades cubiertas en la póliza, pagaremos el capital indicado en la póliza. El pago de esta garantía anula la misma, permaneciendo en vigor el resto de garantías.

Garantías adicionales:

- **Anticipo gastos de sepelio:** Pago a cuenta de hasta el 10% del capital asegurado para fallecimiento con un máximo de 6.000€.
- **Anticipo para pago del impuesto de sucesión:** Anticipo a cuenta del capital asegurado en la garantía de fallecimiento para el pago del impuesto de sucesión.

Duración del seguro:

El seguro se acaba:

- 1) En la fecha fijada en la póliza.
- 2) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- 3) En caso del pago de las prestaciones aseguradas.
- 4) En caso de que el Tomador deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en las condiciones de la póliza.

El Tomador podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

Rescisión:

En caso de que tengamos conocimiento de reserva o inexactitud en la contestación realizada en el cuestionario de salud al que le hemos sometido para emitir la póliza, podremos rescindir el contrato en el plazo de un mes, desde que haya conocido dicha inexactitud, mediante comunicación escrita que le dirigiremos.

Primas:

El Tomador puede escoger entre pagar la prima de forma anual, semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de los siguientes recargos sobre la prima anual: el 1% en pago semestral; el 2% en pago trimestral; el 4% en pago mensual.

El pago de las primas, desde el primer recibo, se realizará obligatoriamente por Domiciliación Bancaria. En caso de impago del primer recibo el contrato no tomará efecto, siendo nulo a todos los efectos, circunstancia que será comunicada al domicilio del Solicitante mediante carta centralizada de Servicio al cliente con copia al Mediador.

Las renovaciones anuales serán siempre el día 1 del mes y año de renovación, recogiendo el primer recibo el ajuste de precio por los días asegurados.

Principales exclusiones generales:

Son aquellas situaciones que no están cubiertas bajo ninguna circunstancia en el seguro:

- **La Entidad Aseguradora no cubre ningún siniestro cuya causa sea consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes anteriores al efecto del seguro, aun cuando concurra con otras enfermedades posteriores al efecto del seguro.**
- **Aviación:**
 - **Quedan excluidas de las coberturas del contrato, salvo pacto en contrario expresamente recogido en la póliza, las personas que hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación.**
 - **La utilización, aunque sea como pasajero, de vuelos en aparatos no autorizados para el transporte público de viajeros, así como helicópteros.**
 - **Se excluyen los sucesos ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.**
- **Este riesgo estará cubierto siempre que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos “chárter” o, en general, en aparatos civiles.**
- **Igualmente se excluyen los siniestros producidos:**
 - **Como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva;**
 - **En el desarrollo de la navegación submarina o en viajes de exploración.**
- **El Asegurador no cubre los daños por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra**
- **Actos delictivos del Asegurado.**
- **No están cubiertos por la póliza los riesgos cubiertos por el consorcio de Compensación de Seguros.**
- **Estarán excluidos los siniestros derivados de la práctica de cualquier deporte con carácter profesional.**
- **El Asegurador no cubre siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes, tanto a nivel profesional como amateur, y salvo que haya sido declarado y aceptado:**
 - **Motociclismo y automovilismo**
 - **Alpinismo, escalada en cualquiera de sus modalidades o trekking en alturas superiores a 3.000 metros.**
 - **Aviación deportiva, ultraligeros, paracaidismos, parapente, ascensión en globo y ala delta.**
 - **Cualquier actividad de ocio relacionada con la tauromaquia y encierro de reses bravas.**
 - **Esquí fuera de las pistas habilitadas por las estaciones y con trineos.**

Rescate:

Esta modalidad de seguro carece de valores de rescate y reducción.

Resolución:

El Tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro de los quince días siguientes a la fecha en que AXA Aurora Vida le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional solicitando por escrito la anulación sin efecto de la misma y, por tanto, a la devolución de las primas pagadas hasta ese momento, teniendo el asegurador el derecho a deducir de tal importe la prima correspondiente a la cobertura de riesgo otorgada.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, AXA Aurora Vida tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador queda liberado de su obligación. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Régimen fiscal:

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato el mismo queda sometido a la normativa fiscal española actualmente vigente.

Las prestaciones de fallecimiento y en general aquéllas en que se designe un Beneficiario distinto del Tomador, tributarán por el Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Las demás prestaciones tributarán en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas como rendimientos del ahorro.

AXA AURORA VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.