

Zurich Accidentes Colectivos

Condiciones Generales de Garantías



Legislación aplicable

- La ley de Contrato de Seguro 50/80, de 8 de Octubre.
- Ley 30/1995, de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley 21/1990, de 19 de diciembre en lo relativo a la regulación del estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Cualquier otra norma que durante la vigencia de la póliza pueda ser aplicable.

Quejas y reclamaciones

Las quejas y reclamaciones conforme se regulan en Orden Ministerial ECO 734/2004 podrán dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Defensor del Cliente cuyo Reglamento se encuentra disponible en nuestras oficinas y página web.

Cláusula de rescisión de contratación a distancia

Siempre que para la contratación del seguro se utilicen medios de contratación a distancia y el Tomador sea una persona física en su actividad no comercial o profesional, y cuando no se trate de un seguro obligatorio, conforme establece el art. 6 bis de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, el Tomador podrá resolver el contrato en un plazo de 14 días desde la celebración del mismo siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura, mediante comunicación dirigida al asegurador, de conformidad con lo previsto en el art. 60 de la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Protección de datos personales. Los datos de carácter personal, de cumplimiento voluntaria aunque necesaria para la oferta y perfección del contrato de seguro, se incluirán en ficheros cuya finalidad es el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich España, Zurich Vida y Aide Asistencia, u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a las entidades Zurich España, Zurich Vida y Aide Asistencia, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona.

Los datos de carácter personal únicamente serán comunicados a otras entidades cuando sea necesario para el correcto desarrollo del contrato de seguro, para estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos o para la gestión del coaseguro y reaseguro. La autorización del cliente/usuario a la cesión o tratamiento de sus datos tendrá siempre carácter revocable.

Para todo lo cual el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

Tiene Ud. en sus manos la póliza de Zurich Accidentes Colectivos que ha suscrito con nuestra Compañía.

¿Qué garantías le ofrece el seguro?

Dispone Ud. de un extracto-resumen en las páginas 4 y 5.

Consulte el contenido de las garantías redactadas en el artículo 5.

¿Cómo actuar en caso de siniestro?

Su póliza de Seguro tiene como finalidad ayudarle e indemnizarle económicamente en caso de siniestro.

Ocurrido un siniestro garantizado por esta póliza, le sugerimos siga estos consejos:

- Emplee todos los medios a su alcance para aminorar sus consecuencias.
- Lea detenidamente los artículos 3 y 4 y compruebe que efectivamente el siniestro ocurrido está cubierto.
- Contacte con la Compañía o su Mediador y explique detalladamente el origen y las consecuencias del siniestro.
- Efectúe el parte de comunicación de siniestro a la Compañía en el plazo más breve posible, indicando con el mayor detalle los daños sufridos.
- Declare ante la Autoridad judicial o efectúe denuncia ante la Policía, según la clase de siniestro, indicando fecha y hora de ocurrencia, causas, circunstancias y cuantía aproximada de los daños.

resumen de garantías y límites máximos de indemnización sobre el capital asegurado

(Este extracto de garantías no pretende tener carácter exhaustivo y se expone a título informativo. Para una correcta descripción de las coberturas deben consultarse el contenido de estas Condiciones Generales)

Muerte por accidente.

Muerte por infarto de miocardio (sólo laboral).

Muerte por accidente de circulación.

- Capital suplementario en caso de fallecimiento del asegurado por accidente de circulación.

Muerte natural (gastos de sepelio).

Muerte por enfermedad profesional.

Incapacidad permanente por accidente.

- Según la opción elegida de indemnización.
 - 100%
 - 250% modalidad progresiva (sólo para accidentes colectivos nominado)
 - 400% modalidad progresiva (sólo para accidentes colectivos nominado)

Incapacidad permanente total para la profesión habitual por accidente.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual por enfermedad profesional.

Incapacidad permanente por enfermedad profesional.

Incapacidad permanente por accidente de circulación.

- Capital suplementario en caso de incapacidad permanente del asegurado por accidente de circulación.

Incapacidad permanente por infarto (sólo laboral).

Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por accidente.

Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por enfermedad profesional.

Gran invalidez por accidente.

Gran invalidez por enfermedad profesional.

Lesiones permanente no invalidantes.

Gastos de repatriación.

Incapacidad temporal por accidente.

- Indemnización diaria por baja en caso de accidente, según opción elegida.

Incapacidad temporal por enfermedad profesional.

- Indemnización diaria por baja en caso de enfermedad, según opción elegida.

Gastos asistencia sanitaria por accidentes.

- Libre elección de médico y centro hospitalario.
- Gastos de hospitalización y estancia en centro.
- Traslado urgente del lesionado al centro hospitalario más próximo.

- Desplazamiento durante procesos de curación, cuando deban ser asistidos en otras poblaciones.
- Cobertura de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva u óptica.
- Búsqueda y salvamento del Asegurado.
- Adquisición de sillas de ruedas.
- Gastos de Asistencia sanitaria hospitalaria y estancia como consecuencia de infarto de miocardio.
- Operaciones de cirugía estética facial reparadora.

Dieta complementaria de hospitalización por accidente.

Asistencia en Viaje (sólo para accidentes colectivos nominados).

Zurich Accidentes Colectivos

Indice

Artículo 1. Definiciones	8
Artículo 2. Objeto del seguro	11
Artículo 3. Accidentes no cubiertos	13
Artículo 4. Personas no amparadas por la póliza	14
Artículo 5. Garantías	15
5.1. Muerte	15
5.1.1. Muerte por accidente	15
5.1.2. Muerte por infarto de miocardio (sólo laboral)	16
5.1.3. Muerte por accidente de circulación	16
5.1.4. Muerte natural (gastos de sepelio)	16
5.1.5. Muerte por enfermedad profesional	17
5.2. Incapacidad permanente	17
5.2.1. Incapacidad permanente por accidente (total / parcial / progresiva) ..	17
5.2.2. Incapacidad permanente total para la profesión habitual por accidente	21
5.2.3. Incapacidad permanente total para la profesión habitual por enfermedad profesional	21
5.2.4. Incapacidad permanente por enfermedad profesional	22
5.2.5. Incapacidad permanente por accidente de circulación	22
5.2.6. Incapacidad permanente por infarto (sólo laboral)	22
5.2.7. Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por accidente	23
5.2.8. Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por enfermedad profesional	23
5.2.9. Gran invalidez por accidente	23
5.2.10. Gran invalidez por enfermedad profesional	23
5.2.11. Lesiones permanentes no invalidantes	24

5.2.12.	Consideraciones para incapacidad permanente	24
5.3.	Gastos de repatriación	25
5.4.	Incapacidad temporal por accidente	25
5.5.	Incapacidad temporal por enfermedad.	26
5.6.	Gastos de asistencia sanitaria por accidente	28
5.7.	Dieta complementaria hospitalización por accidentes	30
5.8.	Asistencia en viaje	30
Artículo 6. Personas aseguradas		36
Artículo 7. Ámbito de garantías		36
Artículo 8. Bases del contrato		36
Artículo 9. Riesgo asegurado		40
Artículo 10. Tramitación de siniestros		43
Artículo 11. Estimación de los daños – determinación de la indemnización		44
Artículo 12. Cláusula cobertura de riesgos extraordinarios acaecidos en España		47

condiciones generales

(Modelo 2/3.01.06.35)

Artículo 1.

1.1.

Disposición preliminar

El presente contrato de seguro, en defecto de otra ley que le sea aplicable, se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), y por lo convenido en las Condiciones Generales y las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

1.2.

Definiciones

Accidente. Toda lesión corporal, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Accidente laboral. Todo accidente de trabajo que sufra la persona asegurada con ocasión o a consecuencia de su

actividad profesional, incluidos los accidentes que ocurran en el trayecto directo desde el domicilio al lugar del trabajo, y viceversa.

Accidente vida privada. Todo accidente no laboral que sufra la persona asegurada y no tenga carácter de accidente de trabajo.

Accidente de circulación. El que sufra involuntariamente el asegurado, ocurrido en calidad de:

- a) Peatón, como consecuencia de un atropello en la vía pública.
- b) Conductor, pasajero u ocupante de un vehículo terrestre con o sin motor.

Asegurado. La persona, física o jurídica, titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

Asegurador. Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. En lo sucesivo denominado Compañía.

Beneficiario. La persona, física o jurídica que, previa cesión por el Asegu-

rado, resulta titular del derecho a la indemnización.

Compañía. La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado también denominada Entidad Aseguradora.

Daño corporal. La lesión corporal o muerte causada a personas físicas.

Enfermedad profesional. La contraída por el Asegurado a consecuencia de trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en la legislación vigente, y que esté provocada por la acción de elementos o sustancias concurrentes en el mismo, desarrollándose de forma lenta y oculta, y cuyas consecuencias son de carácter permanente e irreversible.

Franquicia. La cantidad expresamente pactada que está a cargo del Asegurado y que por tanto se deducirá de la indemnización que corresponda en cada siniestro.

La franquicia también podrá establecerse en periodos temporales.

Gastos asistencia sanitaria por accidente. La asistencia médica, farmacéutica y hospitalización, que precise el Asegurado accidentado, hasta su total restablecimiento, de conformidad con lo establecido en el contrato.

Gran invalidez. Las pérdidas anatómicas o funcionales irreversibles del Asegurado que hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales, como, por ejemplo, comer, desplazarse, vestirse y análogas.

Incapacidad permanente. La pérdida anatómica o la disminución funcional de carácter permanente e irreversible, que disminuya o anule la capacidad laboral, sufrida por el Asegurado como consecuencia de un accidente.

Incapacidad permanente absoluta. La que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual. La que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Incapacidad permanente parcial. La pérdida anatómica o funcional que origine al Asegurado secuelas físicas irreversibles, de cualquier órgano o miembro, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de su profesión. (Ver baremo en el apartado 5.2.1.2. del artículo 5 de estas Condiciones Generales).

Incapacidad temporal. La lesión corporal, como consecuencia directa de un accidente o enfermedad profesional, que imposibilite transitoriamente al Asegurado, de forma total o parcial, para el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Ley. Sin más especificaciones, la Ley a que se refiere el Artículo 1 de estas Condiciones Generales.

Muerte. El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de accidente.

Muerte natural. A consecuencia de enfermedad común, ocurrida durante la vigencia de la póliza.

Periodo de carencia. Tiempo durante el cual la cobertura del seguro o alguna de sus garantías no toma efecto.

Póliza. El documento que contiene los datos y pactos del contrato de seguro.

Forman parte integrante de la póliza:

- Las presentes Condiciones Generales, en las que se regulan con carácter general el alcance de las coberturas, los derechos y obligaciones de las partes en relación con el contrato de seguro, las diversas circunstancias y acontecimientos que

puedan concurrir en el mismo, así como el alcance de cobertura y normativa legal de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España.

- Condiciones Particulares en los que se recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas pactadas que regulan el alcance de las garantías acordadas entre la Compañía y el Asegurado y que complementan o modifican las Condiciones Generales, dentro de los términos permitidos por la Ley:

Posteriormente a su formalización la póliza puede ser complementada o modificada, por acuerdo entre la Compañía y el Tomador del seguro, mediante suplementos.

Prima. El precio del seguro.

El cálculo de la prima se realiza teniendo en cuenta el conjunto de garantías contratadas, suma asegurada, con sus límites y sublímites, franquicias, condiciones de aseguramiento, y demás condiciones pactadas que constan en la póliza, de forma que la variación en cualquiera de estas condiciones determinará la correspondiente modificación de las primas. La prima podrá ser fija o regularizable.

El recibo contendrá, además, los recargos y tributos que sean de legal aplicación en cada momento.

Siniestro. Todo evento cuyo riesgo es objeto de cobertura por el contrato de seguro, y cuyas consecuencias económicas sobre el interés asegurado obliga a la Compañía a indemnizar dentro de los límites pactados, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y perjuicios derivados de una misma causa sufridos por un mismo asegurado.

Suma asegurada. La cantidad fijada en cada una de las partidas de la póliza, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar por todos los conceptos por la Compañía a cada asegurado, en caso de siniestro.

Tomador del seguro. La persona, física o jurídica que, juntamente con la Compañía suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Artículo 2. Objeto del seguro

La Compañía garantiza el pago al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario de las indemnizaciones correspondientes a las garantías que figuren expresamente incluidas en las Condiciones Particulares.

La responsabilidad de la Compañía no podrá exceder en ningún caso, respecto de cada asegurado, de las respectivas sumas aseguradas establecidas para cada garantía.

Artículo 3. Accidentes no cubiertos

1. LOS PROVOCADOS INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O POR OTRA PERSONA CON SU CONNIVENCIA.
2. LOS HECHOS QUE NO TENGAN LA CONSIDERACIÓN DE ACCIDENTES SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO PRIMERO DE ESTE CONTRATO, salvo para las garantías que se incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

3. AQUELLOS CUYA COBERTURA CORRESPONDE AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS SEGÚN SU NORMATIVA PROPIA, CONFORME SE DETALLA EN EL ARTÍCULO 12 DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.
4. LOS OCURRIDOS CON OCASIÓN DE GUERRA, INVASIÓN, HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O CUERPOS DE SEGURIDAD EN TIEMPOS DE PAZ.
5. LOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE MOTINES, TUMULTOS POPULARES, REVOLUCIONES Y ACTOS DE TERRORISMO.
6. LOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO, salvo que ocurran fuera de España.
7. LOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA REACCIÓN O RADIACIÓN NUCLEAR ASÍ COMO LA CONTAMINACIÓN RADIATIVA.
8. LOS OCURRIDOS PRACTICANDO RUGBY; RAFTING; HIDROESPEED Y SIMILARES; EN PRUEBAS DE VELOCIDAD O RESISTENCIA CON VEHÍCULOS A MOTOR, INCLUSO ENTRENAMIENTOS; BOSLEIGH; ESGRIMA; ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES REALIZADA PROFESIONALMENTE Y EL ESQUÍ DE COMPETICIÓN.
9. LOS SUFRIDOS EN LA PRÁCTICA DE ARTES MARCIALES, LUCHA O BOXEO.
10. LOS OCURRIDOS PRACTICANDO ESQUÍ, A PERSONAS ASEGURADAS POR PÓLIZAS DE DURACIÓN INFERIOR A UN AÑO.
11. LOS OCURRIDOS PRACTICANDO DEPORTES AÉREOS EN GENERAL (PARACAIDISMO, ASCENSIONES EN GLOBO, ALA DELTA, ULTRA LIGEROS, PLANEADORES, Y SIMILARES).
12. LOS PRODUCIDOS EN ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS O CRIMINALES COMETIDOS POR EL ASEGURADO, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.
13. LOS OCURRIDOS BAJO LOS EFECTOS DE EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA, DE DROGAS O ESTUPEFACIENTES NO PRESCRITOS MÉDICAMENTE.
14. LAS ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE OPERA-

- CIONES O TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE NO HAYAN SIDO MOTIVADAS POR UN ACCIDENTE, salvo para las garantías que se incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.
15. LAS HERNIAS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE ESFUERZO SÚBITO.
 16. LAS INSOLACIONES, CONGELACIONES U OTROS EFECTOS DE LA TEMPERATURA ATMOSFÉRICA, salvo que sean consecuencia de un accidente.
 17. LOS SUFRIDOS OCUPANDO PLAZA COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO ESTÉN AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.
 18. LOS OCURRIDOS A PERSONAS MENORES DE 27 AÑOS USANDO CICLOMOTORES O MOTOCICLETAS, salvo para el caso de convenios colectivos laborales.
 19. LOS SOBREVENIDOS AL CONDUCIR VEHÍCULOS A MOTOR SI EL ASEGURADO CARECE DEL CORRESPONDIENTE PERMISO DE CONDUCCIÓN.
 20. LOS PRODUCIDOS EN LA TRAVESÍA DE GLACIARES Y ESCALADAS, ALPINISMO Y ESPELEOLOGÍA.
 21. LOS OCURRIDOS PRACTICANDO INMERSIÓN CON EMPLEO DE APARATOS DE RESPIRACIÓN (QUEDA CUBIERTA LA ASFIXIA POR INMERSIÓN SIN EMPLEO DE APARATOS), salvo indicación en contra en las Condiciones Particulares.
 22. LOS QUE SEAN DECLARADOS POR EL GOBIERNO DE LA NACIÓN COMO CATÁSTROFE O CALAMIDAD NACIONAL.
 23. EL INFARTO DE MIOCARDIO, salvo que se incluya en las Condiciones Particulares.
 24. ACCIDENTE CARDIOVASCULAR, salvo que se incluya en las Condiciones Particulares.
 25. LOS SINIESTROS DERIVADOS DE ENFERMEDAD O ACCIDENTES ANTERIORES AL EFECTO INICIAL DE LA PÓLIZA.
 26. LOS OCURRIDOS EN VIAJES AÉREOS QUE AFECTEN AL PERSONAL DE TRIPULACIÓN DE AERONAVES, TANTO SEAN CIVILES COMO MILITARES, A PERSONAS TRANSPORTADAS EN

AERONAVES DE PROPIEDAD PARTICULAR, A ALUMNOS EN PRÁCTICAS, A GRUPOS DE PERSONAS QUE VIAJEN CONSTANTEMENTE JUNTAS, TALES COMO: EQUIPOS DEPORTIVOS, ORQUESTAS, COMPAÑÍAS DE ESPECTÁCULOS Y SIMILARES.

En caso de accidente en que las cantidades aseguradas en esta póliza para las personas afectadas rebasen los 3.000.000,00 euros, la indemnización que corresponda por cada víctima será la que resulte de repartir dicha cifra proporcionalmente a las cantidades aseguradas, computándose con el límite superior de 600.000 euros. Los casos de personas en que el capital asegurado en una o varias pólizas de seguro de accidentes, formalizadas con la compañía sea superior a 600.000,00 euros, el límite de la indemnización será ésta última dicha cifra, repartiéndola proporcionalmente a las cantidades que le correspondan de indemnización por cada póliza contratada.

Artículo 4.

Personas no amparadas por la póliza

1. PERSONAS CIEGAS, PARALÍTICAS Y SORDAS, LAS QUE PADEZCAN DE EPILEPSIA O DE ENAJENACIÓN MENTAL, ALCOHOLISMO, TOXICOMANÍA, Y LAS QUE HAYAN SUFRIDO ATAQUES DE APOPLEJÍA DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO LAS QUE SUFRAN DE MIOPIA EN GRADO SUPERIOR A OCHO DIOPTRIAS DE UN OJO. DE PRESENTARSE CUALQUIERA DE ESTAS ENFERMEDADES, EL SEGURO SE CONSIDERA ANULADO DESDE ESE MOMENTO, RESTITUYENDO LA COMPAÑÍA LA PARTE DE PRIMA NO DEVENGADA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN DE TAL ESTADO.
2. EN CASO DE AGRAVACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE POR UNA ENFERMEDAD O UN ESTADO MORBOSO, PREEXISTENTES O SOBREVENIDOS DESPUÉS DE OCURRIR AQUEL Y POR CAUSA INDEPENDIENTE DEL MISMO, LA COMPAÑÍA RESPONDE SÓLO DE LAS CONSECUENCIAS QUE EL ACCIDENTE HABRÍA PROBABLEMENTE TENIDO, SIN LA

INTERVENCIÓN AGRAVANTE DE TAL ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO. EN ESTOS CASOS SERÁN SOMETIDOS AL DICTAMEN CONJUNTO DEL MÉDICO DE LA COMPAÑÍA, Y DEL DE CABECERA DEL ASEGURADO, Y, SI ÉSTOS NO LLEGASEN A UN ACUERDO DEBE DESIGNARSE UN TERCER MÉDICO.

3. POR LO QUE SE REFIERE AL CASO DE MUERTE, LAS PERSONAS DE EDAD INFERIOR A 14 AÑOS, PUDIÉNDOSE ASEGURAR EXCLUSIVAMENTE UN CAPITAL DESTINADO A CUBRIR LOS GASTOS DE SEPelio Y TRASLADO DEL FALLECIDO.
4. A LA TERMINACIÓN DEL PERIODO DE SEGURO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD DE 70 AÑOS, SE EXTINGUIRÁN AUTOMÁTICAMENTE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA PARA DICHA PERSONA. No obstante, la cobertura del riesgo puede ser prorrogada según condiciones especiales y de común acuerdo entre ambas partes.
5. PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA O INVALIDEZ PROVISIONAL.

Artículo 5. Garantías

Dentro de los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales , y siempre que se haga constar expresamente su inclusión en las Condiciones Particulares y/o cláusulas especiales, **entendiéndose como no contratadas aquellas que no figuren incluidas expresamente en las condiciones particulares de la póliza**, el seguro ampara las siguientes garantías:

5.1. Muerte

5.1.1. Muerte por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado, y ésta ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios, designados por el Tomador del Seguro. En caso de que no exista designación de beneficiarios, la Compañía considerará como tales a los herederos de la víctima en el momento del accidente.

Los beneficiarios una vez producida la muerte por accidente del asegurado podrán disponer de inmediato de un anticipo de 2.000,00 euros a cuenta

del pago del capital asegurado, para atender los gastos derivados del fallecimiento.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.1.2.

Muerte por infarto (sólo laboral)

Sólo cuando expresamente figure contratada en las Condiciones Particulares, serán considerados como accidentes cubiertos por la póliza las insuficiencias coronarias (infartos de miocardio, angina de pecho inestable y arritmias producidas por insuficiencias coronarias), cuando sean las únicas e inmediata causa de muerte, y **siempre que el Asegurado desconozca la existencia de tales afecciones y se produzcan en el desempeño de sus actividades profesionales.** EN CONSECUENCIA QUEDA EXCLUIDA LA MUERTE POR DICHAS AFECCIONES QUE OCURRAN EN SU VIDA PRIVADA.

Suma asegurada. Exclusivamente la indicada en Condiciones Particulares para esta garantía. **En ningún caso la cantidad indemnizable por esta garantía será acumulable a otras garantías de muerte.**

NO QUEDAN CUBIERTOS POR ESTA GARANTÍA:

- a) LAS PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTA GARANTÍA LAS CARDIOPATÍAS E INSUFICIENCIAS CORONARIAS ESPECIFICADAS EN LA MISMA.

5.1.3.

Muerte por accidente de circulación

Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza se produce el fallecimiento del Asegurado, la Compañía indemnizará el capital suplementario establecido en las Condiciones Particulares.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.1.4.

Muerte natural (gastos de sepelio)

Si se produce el fallecimiento del Asegurado por muerte natural durante la vigencia de la póliza, la Compañía indemnizará la suma especificada en las Condiciones Particulares destinada a atender los gastos de sepelio y traslado del cadáver.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.1.5.

Muerte por enfermedad profesional

El fallecimiento del Asegurado a causa de enfermedad contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena, en los términos y condiciones que se definen en el artículo 1 de éstas Condiciones Generales.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.

Incapacidad permanente:

5.2.1.

Incapacidad permanente por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una incapacidad permanente total o parcial, y la misma ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará a la persona asegurada en el plazo máximo de cinco días después de quedar determinada la incapacidad, previa presentación de certificado médico con indicación del tipo de incapacidad y comprobada por la Compañía si lo considera oportuno, la indemnización que resulte según las siguientes normas:

5.2.1.1.

En el supuesto de incapacidad permanente total, la indemnización a pagar por la Compañía se determinará en base al capital asegurado para este supuesto, y en función de la modalidad de aseguramiento pactada en las Condiciones Particulares.

Se entiende por incapacidad permanente total, la pérdida (que se presume definitiva) de la capacidad funcional de la persona asegurada que de acuerdo con el baremo de esta garantía, alcance o sobrepase el porcentaje de 100.

5.2.1.2.

En el supuesto de incapacidad permanente parcial, el grado de incapacidad se determinará basándose en el baremo siguiente:

En función del tipo de lesión, se estimará en los siguientes porcentajes sobre la suma asegurada, independientemente del porcentaje de discapacidad que se le reconozca administrativamente:

Pérdida completa de la visión de un ojo	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total de fonación	30%

Pérdida o inutilización absoluta:	Derecho	Izquierdo
Del brazo o la mano	60%	50%
De la mano o del antebrazo	60%	50%
Del dedo pulgar	22%	18%
Del dedo índice	15%	12%
De uno de los demás dedos de la mano		7%
De una pierna por encima de la rodilla		50%
De una pierna a la altura o por debajo de la rodilla		40%
Del dedo gordo del pie		10%
De cualquier otro dedo del pie		3%

Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies . .	100%
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera absoluta	100%

La pérdida o incapacidad funcional parciales se valorarán de forma proporcional.

En el caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad en un mismo accidente, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, hasta el límite máximo del 100%.

En caso de pérdida anatómica o de disminución funcional de un órgano o de una extremidad ya disminuida los porcentajes indicados se reducen teniendo en cuenta el grado de incapacidad preexistente.

Si el Asegurado es zurdo, se invierte, en lo pertinente, el baremo.

5.2.1.3.

Modalidades de aseguramiento:

- **Incapacidad permanente normal (total o parcial)**

La indemnización a pagar por la Compañía será el importe resultante de aplicar el porcentaje que corresponde según baremo del art. 5.2.1.2 al grado de incapacidad, según el tipo de lesión, sobre el capital pactado en las Condiciones Particulares.

• Incapacidad permanente progresiva (250% ó 400%)	Grado de incapacidad	Modalidad 250%	Modalidad 400%
Quando el grado de incapacidad según baremo 5.2.1.2. es igual o inferior al 25%, la indemnización a pagar por la Compañía, será el importe resultante de aplicar el porcentaje del grado de incapacidad, según el tipo de lesión, sobre el capital pactado en las Condiciones Particulares.	38	51	64
	39	53	67
	40	55	70
	41	57	73
	42	59	76
	43	61	79
	44	63	82
	45	65	85
	46	67	88
	47	69	91
Si dicho grado de incapacidad según baremo 5.2.1.2. fuera superior al 25%, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital pactado los porcentajes establecidos en la siguiente tabla, según la modalidad de aseguramiento que se haga constar en las Condiciones Particulares.	48	71	94
	49	73	97
	50	75	100
	51	79	106
	52	82	112
	53	86	118
	54	89	124
	55	93	130
	56	96	136
	57	100	142
	58	103	148
	59	107	154
	60	110	160
	61	114	166
	62	117	172
	63	121	178
	64	124	184
	65	128	190
	66	131	196
	67	135	202
	68	138	208
	69	142	214
	70	145	220
	71	149	226

Grado de incapacidad	Modalidad 250%	Modalidad 400%
72	152	232
73	156	238
74	159	244
75	163	250
76	166	256
77	169	262
78	173	268
79	176	274
80	180	280
81	183	286
82	187	292
83	190	298
84	194	304
85	197	310
86	201	316
87	204	322
88	208	328
89	211	334
90	215	340
91	218	346
92	222	352
93	225	358
94	229	364
95	232	370
96	236	376
97	239	382
98	243	388
99	246	394
100	250	400

- LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, para las que será de aplicación el baremo establecido en el punto 5.2.1.2. del apartado 5.2. de las presentes Condiciones Generales.
- LA PARTE DE LA CANTIDAD ASEGURADA QUE EXCEDA 60.000,00 EUROS.
- LOS SEGUROS DE DURACIÓN INFERIOR A UN AÑO.
- LAS PÓLIZAS SIN NOMINACIÓN DE ASEGURADOS.
- A PERSONAS CON ÓRGANOS O MIEMBROS AFECTADOS POR ALGÚN GRADO DE INCAPACIDAD CON ANTERIORIDAD A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

5.2.1.5.

En los casos que no están previstos en los párrafos anteriores, el grado de incapacidad se fijará en proporción a la gravedad de la lesión comparándola con las tasaciones que preceden. **El grado de incapacidad que resulte a consecuencia de un accidente, no será aumentado por el hecho de que el Asegurado presentase con anterioridad al mismo, defectos corporales en miembros u órganos no afectados por el accidente.**

5.2.1.4.

Las modalidades de aseguramiento incapacidad permanente progresiva (250% ó 400%), NO SE APLICAN A:

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad a éste un defecto físico o funcional, la persona asegurada tiene derecho a una indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de incapacidad preexistente y el que resulte después del accidente.

La determinación del grado de incapacidad que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. La Compañía notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de incapacidad que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Compañía en lo referente al grado de incapacidad, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo establecido por la Ley.

Si después de fijada la incapacidad sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por la Compañía se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de muerte, que será pagada de acuerdo con lo establecido para esta garantía, en las Condiciones Particulares.

Suma Asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.2.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual por accidente

Aquella que inhabilita al asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pero que le permite dedicarse a otra profesión distinta. Por lo que respecta a la determinación de sí la incapacidad es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.3.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual por enfermedad profesional

Aquella que inhabilita al asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pero que le permite dedicarse a otra profesión distinta, en los términos y condiciones que se definen en el artículo 1 de éstas Condiciones Generales. Por lo que respecta a la determinación de si la incapacidad por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo

entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.4.

Incapacidad permanente por enfermedad profesional

La incapacidad permanente del Asegurado producida por enfermedad contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena, en los términos y condiciones que se definen en el artículo 1 de éstas Condiciones Generales.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.5.

Incapacidad permanente por accidente de circulación

Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza el asegurado sufre una incapacidad permanente, la Compañía indemnizará el capital suplementario establecido en las Condiciones Particulares, según lo establecido en el punto 5.2.1.2., QUEDANDO EXPRESAMENTE SIN EFECTO LAS MODALIDADES DE

INCAPACIDAD PERMANENTE MODALIDAD PROGRESIVA.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.6.

Incapacidad permanente por infarto (sólo laboral)

Sólo cuando expresamente figure contratada ésta garantía en las Condiciones Particulares, serán considerados como accidentes cubiertos por la póliza las insuficiencias coronarias (infartos de miocardio, angina de pecho inestable y arritmias producidas por insuficiencias coronarias), cuando sean la únicas e inmediata causa de incapacidad permanente, y **siempre que el Asegurado desconozca la existencia de tales afecciones y se produzcan en el desempeño de sus actividades profesionales.** EN CONSECUENCIA QUEDA EXCLUIDO LA INCAPACIDAD PERMANENTE POR INFARTO OCURRIDO EN LA VIDA PRIVADA.

Suma asegurada. Exclusivamente la indicada en Condiciones Particulares para esta garantía. **En ningún caso la cantidad indemnizable por esta garantía será acumulable a otras garantías de incapacidad permanente.**

5.2.7.

Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por accidente

Aquella que inhabilita por completo al asegurado para toda profesión u oficio. Por lo que respecta a la determinación de sí la incapacidad es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.8.

Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por enfermedad profesional

Aquella que inhabilita al asegurado para la realización de toda profesión u oficio, en los términos y condiciones que se definen en el artículo 1 de éstas Condiciones Generales. Por lo que respecta a la determinación de si la Incapacidad por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS

TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.9.

Gran invalidez por accidente

Aquella que, debido a las pérdidas anatómicas o funcionales irreversibles del Asegurado, hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales, como por ejemplo, comer, desplazarse, vestirse y análogas. Por lo que respecta a la determinación de si la invalidez es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.10.

Gran invalidez por enfermedad profesional

Aquella que, debido a las pérdidas anatómicas o funcionales irreversibles del Asegurado, hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales,

como por ejemplo: comer, desplazarse, vestirse y análogas, en los términos y condiciones que se definen en el artículo 1 de éstas Condiciones Generales . Por lo que respecta a la determinación de si la invalidez por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme. PARA ESTA GARANTÍA QUEDAN EXCLUIDOS TODOS LOS CASOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2.11.

Lesiones permanentes no invalidantes

Cuando el trabajador **sufra una lesión, mutilación y/o deformidad de carácter definitivo, causado por accidente de trabajo o enfermedad profesional, que, sin llegar a constituir incapacidad permanente, suponga una disminución de la integridad física del trabajador,** se pagará una indemnización a tanto alzado según queda recogido en el baremo establecido en suma asegurada de éste epígrafe, en la fecha del accidente o de la declaración de enfermedad.

Por lo que respecta a la determinación de sí las lesiones permanentes no invalidantes es o no indemnizable, en caso

de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

Suma asegurada: según se establece en el baremo de la Ley General de la Seguridad Social.

5.2.12.

Consideraciones para la garantía de incapacidad permanente

- a) La indemnización por cualquiera de los conceptos de gran invalidez, incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente total, excluye automáticamente la aplicación del baremo relativo a la invalidez permanente parcial del apartado 5.2.1.2., que, por tanto, no es acumulable a ninguna de ellas.
- b) La Compañía liquida la indemnización por las consecuencias directas y exclusivas del accidente que sean independientes de condiciones físicas y patológicas preexistentes o sobrevenidas; por tanto, la influencia que el accidente puede haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación de las lesiones producidas por el accidente, son consecuencias indirectas y por tanto no indemnizables.

c) En los casos de mutilaciones o defectos físicos preexistentes, la indemnización por incapacidad permanente se liquida únicamente por las consecuencias directas ocasionadas por el accidente como si éste hubiese afectado a una persona físicamente integra, sin tomar en consideración el mayor perjuicio derivado de las condiciones preexistentes.

5.3.

Gastos de repatriación

Todos los gastos que origine la repatriación o transporte del Asegurado fallecido, así como el tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado) conforme a requisitos legales, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.4.

Incapacidad temporal accidentes

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado periodo, dedicarse total o parcialmente a sus ocupaciones declaradas en

las Condiciones Particulares, la Compañía satisfará al beneficiario la indemnización diaria pactada, de acuerdo con las siguientes normas:

a) La indemnización se satisface a partir del día indicado en las Condiciones Particulares, en tanto dure el tratamiento médico requerido por el accidente y por un plazo máximo de dos años desde la fecha que ocurrió aquél:

- La indemnización diaria entera se paga mientras la persona asegurada esté completamente incapacitada para todas las ocupaciones declaradas en las Condiciones Particulares; o,

- La parte proporcional de dicha indemnización mientras la incapacidad sea sólo parcial. **Dicha incapacidad parcial se establecerá en base a lo que dictamine el perito médico nombrado a tal efecto por la Compañía.**

b) Si el Asegurado no ejerce profesión alguna, la indemnización diaria entera sólo se indemnizará mientras no pueda abandonar sus habitaciones o domicilio.

c) Esta indemnización se paga de una sola vez dentro de los quince días

siguientes a la fecha en que la Compañía ha recibido el certificado de alta del médico o en la que expire el plazo de dos años anteriormente indicado, caso de no haber cesado antes el tratamiento médico.

- d) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su baja médica en el plazo máximo de 48 horas desde el momento en que ocurrió el siniestro.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.5.

Incapacidad temporal por enfermedad

Si como consecuencia de enfermedad cubierta por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado periodo de tiempo, dedicarse totalmente a las ocupaciones declaradas en las Condiciones Particulares, la Compañía satisfará al beneficiario la indemnización pactada en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La indemnización se satisface a partir del día indicado en las Condiciones Particulares, durante un plazo máximo de un año, y desde la

fecha en que se comunicó la baja a la Compañía, salvo para los supuestos indicados en el punto b) siguiente. Del plazo de año indicado deberá deducirse, en todos los casos, el periodo de franquicia indicado en las Condiciones Particulares, que correrá a cargo del Asegurado en cada siniestro.

- b) El periodo de franquicia empezará a contar a partir de la fecha de comunicación de la baja a la Compañía, siempre y cuando, en el plazo de 72 horas desde que se produzca el siniestro y le sea presentado el parte justificante de dicha baja a la Compañía. En caso de no presentarse el parte de baja en el tiempo indicado, el periodo de franquicia empezará a contar a partir de la fecha de presentación del parte de baja a la Compañía, con independencia de la fecha de ocurrencia del siniestro.
- c) La indemnización a satisfacer no podrá ser superior a los ingresos medios netos mensuales del Asegurado, obtenidos en el desarrollo de las ocupaciones profesionales indicadas en las Condiciones Particulares, durante los doce meses anteriores a la fecha de siniestro.
- d) Las fracciones de mes se liquidarán a razón de 1/30 de la indemnización

mensual por el número de días que dure la incapacidad temporal.

- e) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su baja médica en el plazo máximo de 48 horas desde el momento en que ocurrió el siniestro.

5.5.1.

ADEMÁS DE LO INDICADO EN EL ARTÍCULO 3 DE ESTAS CONDICIONES, NO QUEDAN CUBIERTAS EN LA PRESENTE GARANTÍA:

- a) TODAS LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN ANTERIOR A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO, SALVO QUE EL ASEGURADO DESCONOCIERA SU EXISTENCIA.
- b) LAS NEUROPATÍAS Y PSICOPATÍAS QUE NO DEN SÍNTOMAS OBJETIVOS DE COMPROBACIÓN MÉDICA.
- c) LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS DE CUALQUIER TIPO, DE PSICOSIS, DEPRESIONES, STRESS Y DEMÁS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA HABITUAL DEL INDIVIDUO.
- d) LAS CURAS DE SUEÑO O DE REPOSO.

- e) LAS OPERACIONES DE CIRUGÍA ESTÉTICA.

- f) LOS SINIESTROS POR EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

- g) LAS HERNIAS DISCALES Y LUMBALGIAS.

- h) LOS SINIESTROS DERIVADOS DE EMBARAZO, PARTOS, ABORTO, O AFECIONES GINECOLÓGICAS POR DICHAS CAUSAS.

- i) LAS PERSONAS QUE NO REALICEN UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL REMUNERADA.

- j) LAS PERSONAS CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS.

5.5.2.

Para la presente cobertura se establece un periodo de carencia de seis meses, a contar desde la fecha de efecto de la misma.

De sufrir el Asegurado una incapacidad cuya causa generadora esté directamente relacionada con un siniestro que haya ocasionado una incapacidad temporal anterior, la presente cobertura sólo surtirá efecto cuando entre una y otra transcurra un periodo mínimo de seis meses.

5.5.3.

La cobertura se extingue, inclusive por lo que se refiere al abono de indemnizaciones, al término de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla 65 años.

En caso en que la jubilación o retiro profesional del Asegurado tenga lugar antes de los 65 años, la cobertura queda extinguida al término de la anualidad de seguro en que se produzca dicha jubilación o retiro profesional.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.6.

Gastos de asistencia sanitaria por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, precisase el Asegurado de asistencia sanitaria, la Compañía se hará cargo, durante el plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente, de todos los gastos que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las Condiciones Particulares, y siempre que la asistencia sea prestada por medio de facultativos o centros sanitarios nombrados por la Compañía. En caso contrario la Compañía reembolsará todos los

gastos de asistencia, conforme a las tarifas de accidentes de trabajo vigentes en el momento del accidente.

En ambos casos quedarán igualmente incluidos los gastos de hospitalización, si lo exigiere la índole de las lesiones.

5.6.1.

De acudir el Asegurado a facultativos o centros no comprendidos en el apartado anterior, el límite de indemnización por siniestro para el conjunto de las indemnizaciones por siniestro para el conjunto de las indemnizaciones establecidas será el indicado en las Condiciones Particulares, durante el plazo de 365 días contando desde la fecha del accidente.

En cualquiera de los casos señalados la Compañía siempre amparará los gastos por asistencias de carácter urgente o primeros auxilios.

5.6.2.

Quedan igualmente comprendidos, los gastos ocasionados por:

- a) El traslado urgente del lesionado desde el lugar del accidente al centro sanitario más próximo, **excepto en los casos que estén amparados por la cobertura 5.8. Asistencia en viaje.**

- b) Los desplazamientos indispensables durante el proceso de curación, cuando las lesiones hayan de ser asistidas en población distinta a la de la residencia habitual del Asegurado.
- c) La adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva, u óptica que precise el Asegurado a consecuencia del accidente, sin exceder del 10% de la suma asegurada para gastos de asistencia sanitaria y hasta la cantidad de 300,00 Euros.
- d) La búsqueda y salvamento del Asegurado desaparecido como consecuencia de un accidente garantizado, hasta un máximo del 10% de la suma garantizada para incapacidad permanente.
- e) Adquisición de sillas de ruedas hasta un máximo de 600,00 Euros.

5.6.3.

Igualmente quedan amparados por esta garantía:

- a) Los gastos de asistencia médico farmacéutica y hospitalización como consecuencia de infarto de miocardio (inclusive la estancia del Asegurado en U.V.I.), aunque dicho infarto no tenga la consideración de accidente cubierto por esta póliza,

hasta la cantidad máxima indicada para gastos de asistencia sanitaria por accidentes en las Condiciones Particulares con independencia del facultativo o centro que asista el Asegurado.

NO QUEDAN CUBIERTAS POR ESTA COBERTURA LAS PERSONAS CON DOLENCIAS CRÓNICAS DE CORAZÓN O QUE HAYAN SUFRIDO INTERVENCIONES CORONARIAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DEL CONTRATO.

- b) Los gastos de asistencia médico farmacéutica, honorarios profesionales, estancia y manutención originados por operaciones de cirugía estética facial reparadora con motivo de un accidente cubierto por la presente póliza, hasta el 10% de la suma indicada para gastos de asistencia sanitaria por accidentes en las Condiciones Particulares, con independencia del facultativo o centro que asista al Asegurado.

La operación podrá realizarse dentro del año siguiente del alta médica del Asegurado y **siempre que se encuentre en vigor la póliza.**

Los gastos de asistencia sanitaria amparados por la presente cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.7.

Dieta complementaria hospitalización por accidentes

Siempre que se haya contratado la garantía de gastos de asistencia sanitaria por accidente, y se pacte expresamente en las Condiciones Particulares, la Compañía indemnizará, en caso de hospitalización o internamiento del Asegurado en un centro hospitalario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, una dieta diaria para atender los gastos suplementarios que se le originen al mismo, hasta la cantidad diaria pactada en las Condiciones Particulares, y durante un máximo de 90 días, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) En caso de hospitalización para someterse a intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 24 horas de estancia.
- b) En caso de internamiento por prescripción facultativa, sin necesitar intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 72 horas consecutivas de estancia.
- c) Será preciso aportar las facturas originales de los gastos suplementarios.

Suma asegurada: hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.8.

Asistencia en viaje

5.8.1.

La Compañía garantiza el pago de las prestaciones que a continuación se indican, bajo las condiciones siguientes:

Se entenderá por:

Asegurado:

- La persona física, residente en España, titular de la póliza, y su cónyuge, así como
- Sus ascendientes, siempre que convivan en el mismo domicilio de aquéllos.
- Sus descendientes, en tanto convivan y dependan económicamente de él

No se modifica ni perjudica el derecho de los Asegurados, si éstos viajasen por separado.

Coberturas

Riesgos a personas

Esta garantía es válida en España a partir de 30 Km del domicilio del

Asegurado, y en el resto del mundo. En caso de accidente, no se aplicará franquicia kilométrica alguna.

Comprende:

a) Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, la compañía toma a su cargo el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, **hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual** cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, la Compañía se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado.

Medio de transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquéllos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, ferrocarril o barco.
- Ambulancia.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a

repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso la Compañía sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de esos servicios.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al médico designado por la Compañía en cada caso, de acuerdo con el médico que trate al Asegurado y, si hay lugar a ello con su familia.

b) Repatriación o transporte de los miembros de la familia

Cuando el retorno de uno de los Asegurados se hubiese realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado a) precedente, y ello impida al resto de los Asegurados continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hace cargo del transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

Si los familiares de los que se trata en esta garantía fueran menores de 15 años o mayores de 70 y no contaran con un acompañante en el viaje, la Compañía organizará y tomará a cargo un acompañante hasta el domicilio o hasta el centro hospitalario.

c) Regreso anticipado

Si cualquiera de los Asegurados en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, la Compañía le hará entrega de un billete de ferrocarril (**primera clase**) o avión (**clase turista**), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido; y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento; o dos billetes hasta su domicilio habitual **siempre que el acompañante tenga la condición de Asegurado.**

d) Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado

Si el estado del Asegurado enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre, **debe exceder de cinco días**, la Compañía toma a su cargo:

Un billete de ida y vuelta de ferrocarril (**primera clase**) o avión (**clase turista**), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que este designe, acudir al lado del hospitalizado. De producirse la hospitalización en el extranjero, la Compañía abona además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de

esta persona hasta **60,00 Euros por día sin que el total pueda exceder de 600,00 Euros.**

e) Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, la Compañía organiza y se hace cargo del transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañaran y tuvieran la condición de asegurados siempre y cuando no pudieran realizar la vuelta por los medios inicialmente por ellos previstos.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, **hasta un límite de 300,00 Euros.**

En cualquier caso, el costo del ataúd y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de la Compañía.

f) Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero

Mediante esta garantía la Compañía tomará a su cargo los gastos que le sean originados a cada Asegurado fuera

de España a consecuencia de un accidente o de una enfermedad de carácter imprevisible, ocurrida durante el viaje y dentro del periodo de validez de esta cobertura, hasta un límite de 3.000,00 Euros.

En todo caso, los gastos de odontólogo se limitan a 60,00 Euros.

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementario de otras percepciones a las que tenga derecho, tanto el Asegurado como sus causahabientes, bien sea por prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión al que estuvieran afiliados.

Por consiguiente, el Asegurado se compromete a hacer las gestiones necesarias para cobrar los gastos de estos organismos y a resarcir a la Compañía de cualquier cantidad que éste haya anticipado.

g) Inmovilización en un hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, de acuerdo con el médico designado por la Compañía, ésta se hará cargo de los gastos debidos a la **prórroga de estancia en el hotel hasta una cantidad de 60,00 Euros diarias y con un total máximo de 600,00 Euros.**

h) Ayuda a la localización y envío de equipajes

En caso de demora o pérdida de equipaje, la compañía prestará su colaboración en la demanda y gestión de búsqueda, localización y expedición hasta su domicilio.

i) Anticipo de fianzas, gastos de defensa, y anticipo de efectivo por accidente, robo o enfermedad, en el extranjero

Para las causas señaladas a continuación y exclusivamente de producirse el hecho fuera del territorio español, la Compañía efectuará anticipos de efectivo de acuerdo con los términos previstos seguidamente:

- Anticipo de fianza judicial si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, se le exigiere al Asegurado una fianza penal, por parte de las autoridades del país en que se haya producido el mismo, la Compañía anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 4.500,00 Euros.
- Anticipo gastos de defensa si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, el Asegurado tuviera necesidad de contratar su defensa legal, la Compañía adelantará los gastos que la misma comporte, hasta un límite de 1.500,00 Euros.

- Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave. Si el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, robo de sus pertenencias o enfermedad grave, la Compañía anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 1.500,00 Euros.

Con objeto de garantizar el importe anticipado, **la Compañía se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.**

El Asegurado se compromete a devolver el importe anticipado por la Compañía, dentro de los dos meses siguientes a la fecha de anticipo.

j) Búsqueda de Profesional Jurídico

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza ocurrido en el extranjero, precisara el Asegurado de la contratación de un Abogado o Procurador para defender sus intereses legales y así lo solicitara, la Compañía se compromete a efectuar la búsqueda y poner a disposición del mismo, con la mayor brevedad posible, al profesional correspondiente.

Los honorarios del Abogado o Procurador serán a cargo del Asegurado.

k) Intérprete en caso de accidente o enfermedad

La Compañía tomará a cargo los gastos de intérprete en el extranjero con un tope de 300,00 Euros para la gestión y tramitación de un siniestro cubierto por la póliza.

i) Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes del Asegurado derivados de algún siniestro cubierto por la póliza.

m) Servicio de información Jurídica

En caso de fallecimiento amparado por la póliza, la Compañía pone a disposición del Asegurado un equipo de abogados para cualquier información relacionada con el derecho de sucesiones.

5.8.2.

NO QUEDAN GARANTIZADOS EN LA COBERTURA DE RIESGOS A LAS PERSONAS, AQUELLOS SUPUESTOS ORIGINADOS POR:

- LAS RECAÍDAS DE ENFERMEDADES EXISTENTES CON RIESGO DE AGRAVACIÓN BRUSCA Y

CONOCIDAS POR EL ASEGURADO EN EL MOMENTO DE INICIAR EL VIAJE.

- LAS ENFERMEDADES MENTALES Y LOS ESTADOS PATOLÓGICOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO, SUSCEPTIBLES DE EMPEORAMIENTO EN CASO DE VIAJE.
- LOS EMBARAZOS. NO OBSTANTE, HASTA EL 6º MES, QUEDAN CUBIERTOS LOS CASOS DE COMPLICACIONES IMPREVISIBLES.
- LOS GASTOS RELATIVOS A UNA ENFERMEDAD CRÓNICA; LOS DE PRÓTESIS DE CUALQUIER TIPO, LAS CURAS TERMALES Y GASTOS DE ODONTÓLOGO.
- CUALQUIER TIPO DE GASTO MÉDICO INFERIOR A 30,00 EUROS.
- LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES DEPORTIVAS Y EL RESCATE DE PERSONAS EN MONTAÑA, MAR O DESIERTO.

Condiciones adicionales

- a) Será de aplicación a esta garantía, las Condiciones Generales de Garantías de la Póliza, en tanto no se opongan a lo establecido en el

presente artículo. En todo caso, la Compañía no es responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.

- b) Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, la Compañía sólo se hace cargo del exceso sobre los costes previstos por ellas normalmente (billetes de tren, avión, travesías marítimas, peajes, carburantes para el vehículo, etc.).
- c) Será condición indispensable para que la Compañía asuma sus obligaciones, que la misma sea inmediatamente avisada de las contingencias aseguradas y haya prestado su conformidad. El reembolso de gastos lo hará contra los documentos justificativos (facturas, recibos o análogos) y dentro de los límites convenidos, reservándose el derecho a exigir a los Asegurados la devolución de los billetes o pasaje no utilizados.
- d) La Compañía queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder a las personas aseguradas, contra cualquier tercero responsable, hasta el límite del costo a su cargo en el respectivo siniestro.

Artículo 6.

Personas aseguradas

Quedan amparados por el seguro, de acuerdo a la modalidad de seguro que se establezca, las personas siguientes:

6.1.

Para seguros nominados

Las personas que en la fecha del siniestro estén incluidas de forma nominada y adscritos a la actividad profesional descrita en las Condiciones Particulares.

6.2.

Para seguros innominados o convenios colectivos laborales

Las personas que, en la fecha del siniestro cumplan los requisitos de asegurado (alta en la Seguridad Social, inscripción en libro de registro, pago de cuota, u otro tipo de vinculación que acredite su condición de asegurado) para el colectivo y actividad especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 7.

Ámbito de garantía

Las garantías de la póliza se extienden a todo el mundo, en el ámbito de

cobertura y desarrollando las actividades indicadas en las Condiciones Particulares.

Artículo 8.

Bases del contrato

8.1.

Formalización y efectos del contrato

El contrato se formaliza por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes.

La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en Condiciones Particulares. En caso de retraso en el cumplimiento de cualquiera de los citados requisitos, salvo lo dispuesto en el párrafo anterior con respecto a la prima, las obligaciones de la Compañía comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

8.2.

Prima del seguro

8.3.

Clase de prima

La prima de la póliza puede ser fija o provisional.

La fija está basada en determinado número de personas con consignación de sus nombres respectivos.

La provisional se calcula en base al número inicial de personas aseguradas, con o sin consignación de sus nombres respectivos.

La provisional se calcula en base al número inicial de personas aseguradas, con o sin consignación de sus nombres respectivos, facilitado por el Tomador del seguro.

Las primas para las garantías con cobertura de enfermedad, se calcularán cada anualidad en función de la edad alcanzada por el asegurado en el momento de la renovación del seguro. Dentro de los quince días siguientes a cada vencimiento de prima y a la terminación del seguro, el Tomador del seguro está obligado a declarar a la Compañía, en formulario especial que le facilita él mismo, relación de personas efectivamente aseguradas que han de servir para la regularización definitiva de la prima durante el período respectivo (relación mensual

de altas y bajas o resumen mensual del modelo TC-2 de cotización a la Seguridad Social). Si las cifras efectivas exceden de las que han servido para el cálculo de la prima provisional, el Tomador del seguro abona a la Compañía lo que éste hubiera percibido de menos, y en caso contrario la Compañía devuelve al Tomador del seguro lo que éste hubiera satisfecho de más, con el límite de prima mínima establecida en la póliza.

El incumplimiento por parte del Tomador del seguro de cualquiera de las obligaciones señaladas implicará automáticamente la suspensión de efectos del presente seguro, sin perjuicio del derecho de la Compañía a cobrar el suplemento de prima debido.

8.4.

Pago de la prima

El Tomador del seguro está obligado a pagar la primera prima o la prima única en el momento de la formalización del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas a sus correspondientes vencimientos.

La prima o precio del seguro se determinará anualmente en base a aplicar a cada una de las garantías contratadas las tarifas que, fundamentadas en criterios técnico-actuariales, tenga establecidas en cada momento la Compañía.

Igualmente se tendrán en cuenta el historial de siniestralidad registrado en las anualidades anteriores a la prórroga del contrato.

Las primas para las garantías con cobertura de enfermedad, se calcularán cada anualidad en función de la edad alcanzada por el asegurado en el momento de la renovación del seguro.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

La Compañía con anterioridad al vencimiento del contrato, dentro de los plazos legales establecidos, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo periodo de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente (en el domicilio del Tomador o en el determinado en póliza), informándole de la fecha de presentación al cobro.

Si la Compañía concediera un descuento sobre la prima como consecuencia de la contratación del Seguro por un periodo superior al año, en caso de rescisión del contrato antes de consumirse el plazo estipulado la Compañía hará suyo el importe de las bonificaciones disfrutadas hasta el momento.

Si durante la vigencia del contrato se produjera la desaparición del riesgo, la Compañía tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.

La Compañía sólo queda obligada por los recibos de prima librados por la Dirección o por sus representantes legales autorizados.

8.5. Pago domiciliado

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del seguro entregará a la Compañía carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago, en cuyo caso se pondrá en conocimiento del Tomador del seguro mediante carta certificada.
- c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día de vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen

fondos suficientes en la cuenta, aquélla notificará tal hecho al obligado al pago, por carta certificada o un medio fiable, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se empezará a contar desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía.

8.6. Pago fraccionado

Si el pago de la prima se hubiese fraccionado y la póliza se anulase por causas ajenas a la Compañía antes de terminar la anualidad en curso, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán pagar la prima que falte para completar el importe de la prima anual.

8.7. Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del tomador o del asegurado la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o, en caso de que la póliza esté firmada, 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, la Compañía quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la compañía queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la Compañía cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

8.8. Duración del contrato

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

Al final del plazo estipulado, si el contrato es de duración anual, quedará tácitamente prorrogado por un año más, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes, Tomador o Compañía, se oponga a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un

plazo de dos meses de anticipación al vencimiento del periodo del seguro en curso.

Artículo 9. Riesgo asegurado

9.1.

Declaraciones sobre el riesgo

La póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro, de acuerdo con la solicitud o cuestionario que le haya sometido la Compañía y que han motivado la aceptación por ésta del riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones para ella derivadas del contrato y la fijación de la prima.

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la formalización del contrato, de declarar a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Compañía no le somete cuestionario o cuando, aún sometidoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del seguro,

así como la proposición de la Compañía en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los bienes y riesgos en el mismo especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Compañía, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, tiene el deber de mantener informada a la Compañía sobre la naturaleza y circunstancias del riesgo, así como del acontecimiento de cualquier hecho, conocido por el mismo, que pueda agravarlo o variarlo.

Cuando la póliza se establezca en base a un Convenio Colectivo, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar a la Compañía, tan pronto como le sea posible cualquier variación relativa a las coberturas y/o sumas aseguradas del Convenio Colectivo especificado en las Condiciones Particulares.

En caso de incumplimiento o inexactitud por parte del Tomador del seguro o Asegurado respecto a lo

previsto en el punto anterior, la Compañía podrá repetir contra éste el exceso que se hubiese visto obligado a satisfacer.

9.2. Facultades de la Compañía ante las declaraciones falsas o inexactas

La Compañía podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de su reserva o inexactitud. Desde ese momento, quedarán de propiedad de la Compañía las primas correspondientes al periodo en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte. Si el siniestro sobreviniere antes de que la compañía hubiere hecho aquella declaración, su prestación se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido por dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Compañía quedará liberada del pago de la prestación.

9.3. Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato

El Tomador del seguro y/o Asegurado deberán, durante el curso del contrato,

comunicar a la Compañía, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo, así como el acaecimiento de cualquier hecho, conocido por aquéllos, que pueda agravarlo, y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la formalización del contrato, o no lo habría celebrado o lo habría hecho en condiciones más gravosas.

9.4. Facultades de la Compañía ante la agravación del riesgo

La Compañía puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, la Compañía puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

La Compañía podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo

por escrito al Asegurado dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo de vigencia del seguro, que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede anulado el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, la Compañía hará suya, en su totalidad, la prima cobrada. Si dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al periodo que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

9.5.

Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración por el Tomador de agravación de riesgo, la Compañía queda liberada de su prestación si el Tomador o el asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de la Compañía se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

9.6.

Disminución del riesgo

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Compañía deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la cancelación del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima pagada y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la notificación de la disminución del riesgo.

9.7.

Extinción y nulidad del contrato

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés o del bien asegurado, desde ese momento el contrato de seguro queda anulado y la Compañía tiene el derecho de hacer suya la prima no consumida, sin perjuicio de los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

El contrato será nulo si en el momento de conclusión no existía el riesgo, ha ocurrido el siniestro, o no existe un interés del Asegurado en la indemnización del daño.

9.8.

Comunicaciones

Las comunicaciones a la Compañía por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de la Compañía, señalado en la póliza.

Las comunicaciones y el pago de primas que efectúe el Tomador del seguro al agente de la Compañía que hubiera mediado en el contrato de seguro, tendrán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a ésta. Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros a la Compañía en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

9.9.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los dos años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse, salvo en el caso de siniestros relativos a las garantías de accidentes, que serán de cinco años.

9.10.

Competencia judicial

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario. En caso de residir el Asegurado en el extranjero, designará un domicilio en España a tales efectos.

Artículo 10.

Tramitación de siniestros

10.1.

Siniestros en general

a) Deber de salvamento

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

b) Comunicación a la Compañía

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días

desde la fecha en que fue conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, LA COMPAÑÍA PODRÁ RECLAMAR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS POR LA FALTA DE DECLARACIÓN. Este efecto no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

c) Declaración del siniestro

El Tomador y el Asegurado deberán dar a la Compañía toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

En caso de existir contratos estipulados por el mismo Tomador con distintos Aseguradores, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás.

Artículo 11. Estimación de los daños y determinación de la indemnización

11.1. Comprobación de los daños

La compañía se personará, a la mayor brevedad posible, en el lugar del siniestro por medio de la persona que designe para comenzar las operaciones de comprobación de las causas y forma de ocurrencia del siniestro, de las declaraciones contenidas en la póliza y de las lesiones sufridas por el Asegurado. Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, se estará a lo estipulado en el párrafo b) del apartado 16.3.

11.2. Nombramientos de peritos

Si no se lograra el acuerdo mencionado en el apartado anterior dentro del plazo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si los peritos llegan a un acuerdo, emitirán acta conjunta con la propuesta del importe líquido de la indemnización. Si una de las partes no

designa perito en el plazo de 8 días desde que la requiera para ello la parte que sí lo ha designado, el dictamen del perito de ésta vinculará a aquélla.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito. Si no hay conformidad sobre el mismo, lo designará el Juez de primera instancia del lugar en el que se hallen los bienes. El dictamen pericial será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, en el plazo de 30 días en el caso de la Compañía, y 180 en el caso del Asegurado, a contar desde la notificación del dictamen.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero, en su caso, y demás gastos, serán por cuenta y mitad entre las partes. Pero si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será la única responsable de dichos gastos.

11.3.

Determinación de la indemnización

a) Suma asegurada

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

El Seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto para el Asegurado.

b) Revalorización Automática de capitales

Los capitales asegurados por el presente contrato serán modificados automáticamente al vencimiento de cada prima anual, siempre mediante pacto expreso en las Condiciones Particulares, en función de los incrementos que experimente el Índice de Precios al Consumo, publicado por el Instituto Nacional de Estadística, o el que se pacte.

La revalorización automática no se aplica a la garantía de Asistencia en viaje por accidente, así como a las coberturas que tengan expresamente fijadas un sublímite de indemnización ni a las franquicias.

c) Pago de la indemnización

La Compañía está obligada a satisfacer las indemnizaciones al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. Una vez recibida la información y los documentos necesarios, la Compañía, en el plazo máximo de cinco días deberá pagar o consignar el capital asegurado y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, la Compañía no

hubiere cumplido su prestación o indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará con el interés moratorio establecido en la Ley.

No obstante lo anterior, la Compañía queda autorizada a retener aquella parte del capital Asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del impuesto sobre sucesiones.

El derecho a la indemnización por incapacidad permanente es de carácter personal y por tanto, no transmisible a los herederos.

En defecto de designación expresa de beneficiarios, la Compañía considerará como tales a los herederos de la víctima en el momento del accidente.

Si después de fijada la incapacidad sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por la Compañía se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de muerte, que será pagada de acuerdo con lo establecido en el apartado 5.1. del artículo 5.

En caso de que se hubiera pagado una indemnización por incapacidad permanente y, como consecuencia del mismo accidente, fallece el Asegurado, la Compañía abonará respectivamente a los beneficiarios designados, la dife-

rencia entre la indemnización satisfecha y la estipulada para el caso de Muerte, cuando ésta sea superior. En caso contrario la Compañía no solicitará el reembolso de la diferencia.

d) Documentación a aportar:

d.1) En caso de muerte:

- Certificado del médico que haya asistido al fallecido con indicación de la causa de la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- Certificado literal de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- Documentos que acrediten su personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones debidamente cumplimentada.
- Certificado del Registro General de Actos de Ultimas Voluntades y, si existiera testamento, copia simple del último válido. Si no existiera testamento deberá aportarse el acta notarial de notoriedad o el Auto de Declaración de Herederos Abintestato dictado por el Juez competente según proceda dada la proximidad

en el parentesco de los herederos con el finado.

d.2)

- En caso de incapacidad y/o asistencia, certificado médico con indicación del tipo de incapacidad y/o asistencia prestada, reservándose la Compañía el derecho a comprobar la incapacidad y/o asistencia declaradas mediante los facultativos que designe.

11.4.

Subrogación

Por lo que respecta única y exclusivamente a los gastos de asistencia sanitaria, la Compañía, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, o contra otros Aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de la indemnización, siendo el Asegurado responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar a la Compañía en su derecho a subrogarse.

La Compañía no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado, salvo que la responsabilidad del siniestro provenga de un acto doloso, la Compañía no tendrá derecho a la subrogación contra

ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, salvo que la responsabilidad estuviere amparada por una póliza de Seguro, y hasta el límite de su cobertura.

En caso de concurrencia de Compañía y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Artículo 12.

Cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios acaecidos en España

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre («Boletín Oficial del Estado» del 20), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo en favor de la citada entidad de Derecho Público, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente,

satisfaciendo el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no está amparado por póliza de seguro.
- b) Que, aún estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados («Boletín Oficial del Estado» del 9); en

la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes («Boletín Oficial del Estado» de octubre), y disposiciones complementarias.

12.1.

Resumen de normas legales

1.

Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: Terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2.

Riesgos excluidos

NO SERÁN INDEMNIZABLES POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS LOS DAÑOS O SINIESTROS SIGUIENTES:

- a) LOS QUE NO DEN LUGAR A INDEMNIZACIÓN SEGÚN LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO.
- b) LOS OCASIONADOS EN PERSONAS O BIENES ASEGURADOS POR CONTRATO DE SEGURO DISTINTO A AQUELLOS EN QUE ES OBLIGATORIO EL RECARGO A FAVOR DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS.
- c) LOS DEBIDOS A VICIO O DEFECTO PROPIO DE LA COSA ASEGURADA.
- d) LOS PRODUCIDOS POR CONFLICTOS ARMADOS, AUNQUE NO HAYA PRECEDIDO LA DECLARACIÓN OFICIAL DE GUERRA.
- e) LOS QUE POR SU MAGNITUD Y GRAVEDAD SEAN CALIFICADOS POR EL GOBIERNO DE LA NACIÓN COMO «CATÁSTROFE O CALAMIDAD NACIONAL».
- f) LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR.
- g) LOS DEBIDOS A LA MERA ACCIÓN DEL TIEMPO O A AGENTES ATMOSFÉRICOS DISTINTOS A LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA ANTES SEÑALADOS.
- h) LOS CAUSADOS POR ACTUACIONES 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, ASÍ COMO DURANTE EL TRANSCURSO DE HUELGAS LEGALES.
- i) LOS INDIRECTOS O PERDIDAS DE CUALQUIER CLASE DERIVADAS DE DAÑOS DIRECTOS O INDIRECTOS.
- j) LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
- k) LOS PRODUCIDOS ANTES DEL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA.
- l) LOS PRODUCIDOS ENCONTRÁNDOSE LA COBERTURA EN SUSPENSIÓN DE EFECTOS O EL CONTRATO EXTINGUIDO POR FALTA DE PAGO DE PRIMAS.
- m) LOS CORRESPONDIENTES A PÓLIZAS CUYA FECHA O EFECTO, SI FUERA POSTERIOR, NO PRECEDAN EN TREINTA DÍAS A

AQUEL EN QUE HAYA OCURRIDO EL SINIESTRO, SALVO EN LOS CASOS DE REEMPLAZO O SUSTITUCIÓN DE PÓLIZA, O REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALIALES.

3. Franquicia

En los seguros contra daños será de un 10 por 100 de la cuantía del siniestro, no pudiendo exceder del 1 por 100 de la suma asegurada ni ser inferior a 150,25 Euros. El citado límite inferior no será de aplicación cuando la suma asegurada sea igual o inferior a 15.025,30 Euros. En los supuestos en que dicha suma asegurada sea igual o superior a 6.010.121,04 Euros, se aplicará la escala de franquicias, en porcentaje del siniestro, y los límites máximos absolutos que se establecen en el artículo 9º del Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, en la redacción que al mismo dio el Real Decreto 354/1988, de 19 de abril. La franquicia se aplicará en cada siniestro y por cada situación de riesgo.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

4.

Pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguro a primer riesgo, seguro a valor de nuevo, capital flotante o compensación de capitales, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

5.

Infraseguro y sobreseguro

En los casos en que exista infraseguro, el Asegurado será la propia Entidad Aseguradora de la parte correspondiente. Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

6.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro

En caso de siniestro, el Asegurado deberá:

- a) Comunicar en las oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la entidad aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:
- Copia o fotocopia del recibo de prima acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en la que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
 - Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.
 - Copia o fotocopia del documento nacional de identidad o número de identificación fiscal.
 - Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha entidad.
- b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del Asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del Asegurado.

Zurich España,
Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Vía Augusta, 200
08021 Barcelona

www.zurichseguros.com

Inscrita en el R.M. de Barcelona, Tomo 31.069, Folio 12, Hoja B-184183, Inscripción 261, C.I.F.
A/28360527

