

POLIZA DE SEGURO
Nº 124.722



***FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE
CICLISMO***

POLIZA DE SEGURO FEDERATIVO

HOJA Nº

RAMO/MODALIDAD DEL SEGURO
Seguro de Accidentes Deportivos

AGENTE
BRAVO Y CIA

SECTOR
DR

PERÍODO CONTRATADO
Inicio de la cobertura: a las 0 horas del 01/11/2012 a las 24 horas del 31/12/2012, siendo desde entonces, y salvo rescisión del contrato de un año prorrogable.

DESTINATARIO DEL SEGURO
Federación Extremeña de Ciclismo Traseras Calle Platón, s-n 06800 Mérida Badajoz
NIF: G06106066

Nº DE ASEGURADOS
Registro de fichas federativas de forma nominada

NATURALEZA DEL RIESGO	
Actividad principal del solicitante: Federación deportiva CICLISMO	
Garantías:	
	Capitales:
• FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE -----	9.000€
• INVALIDEZ PERMANENTE SEGÚN BAREMO -----	18.750€
• AUXILIO AL FEDERADO FALLECIDO EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA SIN COSECUENCIA DIRECTA DEL ACCIDENTE DEPORTIVO -----	1.875,00€
• ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN CENTROS CONCERTADOS POR 18 MESES ----	Incluida
• GASTOS POR REHABILITACION DURANTE UN PERIODO DE 18 MESES DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO	Incluida
• MATERIAL ORTOPEDICO -----	70% DEL P.V.P 400,00€
• GASTOS ORIGINADOS EN ODONTO-ESTOMATOLOGIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO -----	Incluida
• GASTOS POR TRASLADO O EVACUACIÓN DESDE EL LUGAR DEL ACCIDENTE HASTA EL CENTRO CONCERTADO MÁS PRÓXIMO (DENTRO TERRITORIO NACIONAL) -----	Incluida
• ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN EL EXTRANJERO -----	6,010,12€

En caso de menores de 14 años, la indemnización por Fallecimiento será en concepto de Gastos de Sepelio con un importe de 3.000 euros.

CONDICIONES PARTICULARES

HOJA Nº

RAMO/MODALIDAD DEL SEGURO Seguro de Accidentes Deportivos	AGENTE BRAVO I CIA	SECTOR DR
PERÍODO CONTRATADO Un año prorrogable. Inicio de la cobertura Un año prorrogable. Inicio de la cobertura: a las 0 horas del 01/11/2012 a las 24 horas del 31/12/2012, siendo desde entonces, y salvo rescisión del contrato de un año prorrogable.	DESTINATARIO DEL SEGURO Federación Extremeña de Ciclismo Traseras Calle Platón, s-n 06800 Mérida Badajoz NIF: G06106066	
Nº DE ASEGURADOS Registro de fichas federativas de forma nominada		

ASEGURADOS: Deportistas, personal técnico, personal Federativo vinculados y propuestos para su afiliación por el tomador del seguro, con licencia federativa en vigor y siempre que este incluido en relación nominal facilitada por el mismo a **ASEQ VIDA Y ACCIDENTES S.A.**

COMPROMISO DE INFORMACIÓN: El tomador se compromete a informar a **ASEQ VIDA Y ACCIDENTES S.A.**

OBJETO DEL SEGURO: prestación de capital por fallecimiento y invalidez por accidente, así como Asistencia Sanitaria en caso de lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado a la federación tomadora del seguro. No se considera la patología ni alteración anatómica previa.

DURACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA: La duración de la póliza queda determinada por las fechas de efecto y vencimiento indicadas al comienzo de éstas condiciones particulares, prorrogable por un tiempo igual al del último periodo de cobertura. No obstante, **podrá resolverse por cualquiera de las partes, bastando con ello la comunicación por escrita a la otra, con un mínimo de dos meses antes de su vencimiento.**

Las primas se actualizarán a inicio de cada temporada, conforma a aplicar criterios estadísticos y actuariales a las bases técnicas acordadas a inicio de cobertura.

FORMA DE PAGO:

RIESGO "IN ITINERE": Queda incluido este riesgo, siempre que el deportista se desplace de forma individual, utilizando medios de transporte regulares, sean públicos o privados.

ALCANCE DE LA COBERTURA:

- La compañía se compromete a dar cobertura de accidentes asegurando a los deportistas federados de acuerdo a las exigencias del Real Decreto 849/1993 por el cual se determinan las prestaciones mínimas del Seguro Deportivo Obligatorio.
- La aceptación del siniestro supone la presunción por parte del Tomador de la relación de causalidad entre la actividad deportiva desempeñada y el evento accidental.
- Quedan incluidos los medios aéreos necesarios para el transporte del accidentado siempre que las circunstancias del accidente así lo aconsejen y existan una autorización parte de la compañía y el Tomador del seguro.
- Las coberturas de la presente póliza no representa una mejora voluntaria del régimen general de la Seguridad Social y, por tanto, a este contrato no le es de aplicación lo dispuesto en el artículo 115 del texto refundido de la ley General de la Seguridad Social.
- Los beneficiarios de la presente póliza se establecen según las siguientes consideraciones:

Beneficiarios de Vida: ~~El propio asegurado~~

Beneficiario de muerte: ~~De acuerdo al siguiente orden prelación:~~

- 1o. El cónyuge.
- 2o. En su defecto, los hijos.
- 3o. En su defecto, los padres.
- 4o. Herederos legales.

- Se excluyen las lesiones degenerativas gonálgias o dolores sin origen traumático.
- Se incluye el traslado en ambulancia como consecuencia de un accidente hasta el centro asistencial más próximo, siempre que éste sea necesario para la salud del lesionado e inmediatamente posterior al accidente. En caso de necesitar una ambulancia llamar al teléfono **902 879 001**.
- Se ofrece asistencia médica en los centros o facultativos concertados a disposición del Tomador del seguro. La dirección y teléfono del centro asistencial concertado se comunicará mediante el número exclusivo de **ASEQ VIDA Y ACCIDENTES: 902 879 001**.
- La asistencia sanitaria en modalidad de libre elección de centros queda limitada a 600 euros por accidente siempre que no exista ningún centro concertado de urgencias.
- Se incluye la asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, con un límite temporal de 18 meses a partir de la fecha del accidente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de adhesión del seguro, aunque éstas se manifiesten durante la vigencia del mismo.
2. Los tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza, excepto cuando sean consecuencia directa e inmediata de un accidente traumático, súbito y violento, en cuyo caso quedan incluidos.
3. Procesos degenerativos y rehabilitación como consecuencia de tratamientos e intervenciones efectuadas con anterioridad a la firma de la póliza.
4. Retirada de material e implantaciones en intervenciones efectuadas con anterioridad a la firma de la póliza.
5. Secuelas o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la firma de la póliza.

El clausulado de las presentes condiciones particulares prevalece sobre el condicionado general, por lo cual, cualquier artículo o apartado de éste último que las contradiga se considerará nulo.

El Tomador declara leídas y comprendidas las cláusulas o pactos que tiene un carácter limitativo que se señalan en el presente condicionado, y además declara haber recibido un ejemplar.

Hecho en Barcelona, a 30 de octubre de 2012

Por la Entidad Aseguradora



Director General



CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS SUSCRITA POR FEDERACIONES DEPORTIVAS

1º OBJETO DEL SEGURO

Serán objeto de cobertura mediante la garantía de Asistencia Sanitaria Ilimitada los accidentes sufridos con motivo de la práctica oficial del deporte cuya Federación suscriba la presente Póliza de seguros, en los términos previstos por el R.D. 849/1993, de 4 de Junio.

En tal sentido las pólizas suscritas protegen las lesiones derivadas de ACCIDENTES DEPORTIVOS, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violenta, súbita y externo durante la práctica deportiva. Asimismo, quedan cubiertas por esta Póliza las lesiones accidentales no traumáticas del sistema osteo / articular/muscular, así como los medios para su diagnóstico.

2º ASEGURADOS

Deportistas federados, Técnicos, Delegados y árbitros siempre y cuando figuren dados de alta en la Póliza de seguro.

3º ALCANCE DE LA COBERTURA

Dentro de las garantías del seguro se incluyen los accidentes corporales por lesiones ocurridos en competiciones, durante el partido y calentamiento, en entrenamientos organizados por los clubes, e incluso in-itinere. En este último supuesto esta cobertura garantiza el exceso, defecto o insuficiencia de cualquier otra Póliza de seguros que pudiera estar contratada sobre el vehículo siniestrado o cualquier otro medio de locomoción.

4º RIESGOS CUBIERTOS

FALLECIMIENTO como consecuencia de accidente deportivo: Se amparará el capital indicado para esta contingencia en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de menores de 14 años, se cubrirá la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza en concepto de gastos de sepelio.

INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA como consecuencia de accidente deportivo: Se amparará el capital indicado para esta contingencia en las Condiciones Particulares de la Póliza.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL como consecuencia de accidente deportivo: Se amparará el capital indicado para esta contingencia en las Condiciones Particulares de la Póliza y siempre aplicando sobre tal importe el Baremo indemnizatorio que recoge el contrato.

ASISTENCIA SANITARIA consecuencia de accidente deportivo con las siguientes condiciones:

- Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial, en el territorio nacional, durante un período de 18 meses y en cuantía ILIMITADA.
- Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, durante un período de 18 meses y en cuantía ILIMITADA.

No obstante, regirán las siguientes limitaciones:

- Material ortopédico de carácter curativo, no preventivo, necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza: 70% de su coste.
- Gastos de odonto-estomatología necesarios a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza: límite de 400,00 €.
- Asistencia sanitaria prestada fuera de territorio español: límite de 6.010,12 €.

GASTOS originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la Póliza del seguro, dentro del territorio nacional, en caso de catalogarse el suceso como URGENCIA VITAL, entendida como la que deriva de un accidente súbito, violento e inesperado, que cause lesiones que requieran atención médica inmediata por las consecuencias clínicas del mismo.

5ª RIESGOS EXCLUIDOS

Además de las exclusiones que se establezcan en las Condiciones Generales de la Póliza que recoja la garantía de Asistencia Sanitaria Ilimitada por Accidente, se considerarán también accidentes excluidos los siguientes:

- Cuando no se cumplan las condiciones anteriores o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad.
- Cuando se produzcan como derivación de una enfermedad, anomalía orgánica previa al accidente, incompatible o no con la práctica de su deporte.
- Cuando se produzcan en estado de drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, reyerta o tentativa de suicidio o cuando medie malicia propia o culpa grave. Sin perjuicio de que la Aseguradora inicie las acciones que procedan.
- Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las Leyes, Ordenanzas y Reglamentos deportivos.
- Cuando se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte, salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo o intervención económica de las Comunidades Autonómicas o Consejo Superior de Deportes y Federaciones o con otras instituciones siempre que figuren en Convenio.
- Cuando el accidente esté cubierto por otra póliza contratada por el Asegurado debido a su condición de profesional. En todo caso, los profesionales que no teniendo otra cobertura específica hagan uso de la presente póliza estarán sometidos a las prestaciones sanitarias en clínicas y médicos concertados por la Aseguradora, quedando excluido de las garantías de la póliza, para todos los Asegurados, la libre elección.
- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recidivas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidentes tramitado.
- En los casos de tendinitis, lumbalgias, sobrecargas musculares, y distensiones musculares de carácter deportivo, únicamente tendrán cobertura en su fase aguda.
- La participación en deportes de alto riesgo, apuestas y records o tentativas de los mismos.
- Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte, sino con actividades profesionales paralelas.
- Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.
- En caso de presentar lesiones degenerativas aun cuando estas se hayan producido por la práctica deportiva, tales como osteocondritis, artrosis, tendinosis, etc.
- No tendrán cobertura dentro de la póliza cualquier tipo de hernias (inguinales, discales, etc.).

Específicamente para la garantía de Asistencia Sanitaria Ilimitada, no serán satisfechos por la Aseguradora los gastos producidos por:



CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS SUSCRITA POR FEDERACIONES DEPORTIVAS

- Todo el material prescrito en servicios ajenos a la Aseguradora.
- El material ortopédico (ortésico) prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes, sean deportivos o no.
- El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
- Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
- Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza.
- Los masajes relajantes y antiestrés.
- Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
- Los gastos por enfermedades crónicas músculo tendinosas, reumáticas y degenerativas.
- La potenciación muscular.
- Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.
- Los gastos de farmacia ambulante.
- Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.
- Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
- Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.

6º PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Las asistencias médicas cubiertas por la Póliza serán prestadas en centros médicos o por facultativos concertados por la Aseguradora **ASEQ Vida y Accidentes, S.A. de Seguros y Reaseguros**.

Deberán cumplirse en todos los casos los siguientes pasos:

A.- CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE

Obligación de cumplimentar el Parte de accidente, que deberá ser firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad Deportiva que corresponda y por la persona accidentada.

B.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE

B.1.- El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de la ocurrencia a la Aseguradora, llamando al centro de atención permanente 24h: **902 879 001**. El plazo máximo para la comunicación del accidente es de una semana desde la fecha de ocurrencia del mismo. La Aseguradora no se hará cargo de siniestros comunicados en un plazo superior.

B.2.- Deben facilitarse los siguientes datos:

- Datos personales del lesionado (imprescindible teléfono de contacto y DNI)
- Datos del Club o Entidad Deportiva donde ocurre el siniestro
- Licencia federativa del accidentado

- Fecha y forma de ocurrencia
- Daños físicos sufridos

B.3.- Con estos datos, la Aseguradora facilitará un nº de expediente que deberá indicarse en el Parte de Accidente. Dicho parte se remitirá lo más rápidamente posible a la Aseguradora al fax: 902875230, o al mail: info@canalsalud24.com

C.- CENTROS CONCERTADOS

La Aseguradora facilitará al Asegurado la referencia del centro o profesional concertado donde debe acudir. Cuando acuda deberá presentar el Parte de accidente completado con el nº de expediente. Tal requisito resulta imprescindible para recibir la atención médica. Deberá presentar también la licencia federativa y su DNI.

La Aseguradora no se hará cargo de los gastos en que el Asegurado pueda incurrir en centros no concertados o de la Seguridad Social, salvo en los casos de urgencia vital.

D.- URGENCIA VITAL

En caso de urgencia vital, entendida de acuerdo con la definición contenida en la Condición 4ª, podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. La Aseguradora se hará cargo de los costes derivados de la asistencia prestada en las primeras 24h desde la fecha de ocurrencia del siniestro conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993 de 4 de junio.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado a un centro médico concertado. En caso de que permaneciera en CENTRO MEDICO NO CONCERTADO la Aseguradora no se hará cargo de los costes por la atención prestada.

E.- TRASLADOS

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales y el servicio debe ser siempre prestado a través de los servicios concertados por la Aseguradora.

F.- AUTORIZACIONES

Para las siguientes prestaciones será siempre necesaria la autorización por parte de la Aseguradora:

- Intervenciones quirúrgicas
- Pruebas de diagnóstico: RMN, TAC, gammagrafías, ecografías, artroscopias...
- Rehabilitación
- Material biológico o síntesis reabsorbibles

En estos casos el Médico tratante solicitará a la Aseguradora dicha autorización mediante Informe médico detallado que incluya diagnóstico, mecanismo de producción de la lesión, tratamiento o prueba solicitada y motivo de la solicitud. No se realizará ningún acto diagnóstico o terapéutico sin la citada autorización.

Las respuestas a las solicitudes de autorización se enviarán al Médico solicitante.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá informe del resultado de la prueba o tratamiento e informes sucesivos del estado y/o evolución del paciente, con una periodicidad de al menos 20 días, de acuerdo con las directrices que indique la Aseguradora.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la Aseguradora correrá a cargo del Asegurado.

**CONDICIONES GENERALES PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE RIESGO
EN SUS MODALIDADES DE SEGURO DE ACCIDENTES INDIVIDUAL
Y DE SEGURO DE ACCIDENTES DE GRUPO**

1ª PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro ("Boletín Oficial del Estado" del 17-10-80); en la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados ("Boletín Oficial del Estado" de 9-11-1995); en el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados ("Boletín Oficial del Estado" del 25-11-98) y por lo estipulado en las Condiciones Generales, Especiales, si las hubiere, y Particulares de este Contrato.

2ª DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Accidente: Toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado.

Asegurado: Es la persona física sobre la que se establece el seguro. En el supuesto de un seguro de Grupo, será Asegurado cada una de las personas pertenecientes al Grupo Asegurable sobre la que se establece el seguro. El conjunto de Asegurados constituye el Grupo Asegurado.

Beneficiario: Es la persona titular del derecho a la indemnización que coincide con el propio Asegurado en los supuestos de invalidez y asistencia sanitaria. En caso de fallecimiento del Asegurado, a falta de designación expresa en la Póliza por parte de éste, serán Beneficiarios del seguro y por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes: 1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado y 4º los herederos legales del Asegurado.

Entidad Aseguradora: La que figura en las Condiciones Particulares y asume el riesgo contractualmente pactado. Se denominará en lo sucesivo "el Asegurador", y su actividad se desarrollará bajo el control y supervisión que ejerce la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado español.

Grupo Asegurable: En el supuesto de un seguro de Grupo, es el conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión del seguro, pero diferente a éste, que cumplen las condiciones precisas para poder ser asegurados.

Póliza: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Si el contenido de la Póliza difiere de la Solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales; las Especiales, si las hubiere; las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. No se emitirá Póliza cuya prima neta sea inferior a 28,00 euros, ni procederá devolución de importe ya pagado que sea inferior o igual al citado guarismo.

Siniestro: Se entiende por siniestro la ocurrencia de cualquier acontecimiento que de lugar a la aplicación de alguna de las garantías reflejadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

3ª OBJETO DEL SEGURO

El presente contrato de seguro es susceptible de cubrir los accidentes que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 1.º de la Ley 50/1996, y en consecuencia sea alguna de las que se recoge como garantía en la Disposición General 11ª. Convenido con el Tomador del seguro las garantías que se desean asegurar, que quedarán recogidas en el Condicionamiento Particular de la Póliza, el Asegurador, en el caso de haberse producido alguna de las contingencias cubiertas por el seguro, indemnizará al beneficiario las indemnizaciones pactadas para tales supuestos, en el bien entendido que el importe de las mismas se referirá al vigente en la fecha del accidente, al ser éste el evento protegido. La Póliza, pues, en ningún caso cubrirá los fallecimientos o las secuelas invalidantes que pudieran derivarse de accidentes sobrevenidos con anterioridad a la fecha de su entrada en vigor.

4ª PERSONAS NO ASEGURABLES

Quedan excluidas del seguro las personas aquejadas de ceguera, sordera completa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, parálisis, epilepsia, diabetes, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, enajenación mental, alcoholismo, toxicomanía, las que hayan sufrido ataques de apoplejía o de "delirium tremens" y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad

en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse durante la vigencia del seguro algunas de estas dolencias, el seguro se consideraría nulo e ineficaz desde el instante inmediatamente posterior a la primera manifestación de la misma, quedando obligado el Asegurador a devolver la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que se le comunique tal hecho.

5ª RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos del seguro:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la Condición General 3ª de este contrato.
- Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros según su normativa propia.
- Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado, tales como el suicidio o tentativa de suicidio, el envenenamiento, la mutilación voluntaria, etc.; los que le ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa, así como los acaecidos por imprudencia o negligencia grave del propio Asegurado, si así se deduce de los elementos probatorios obrantes (diligencias previas, etc.), o por actos notoriamente temerarios o arriesgados no justificados por necesidad profesional. A pesar de lo establecido en este apartado, quedan incluidas las disciplinas deportivas regladas en los estatutos de la Federación, así como los ejercicios de calentamiento para la práctica de las mismas.
- Los accidentes derivados de actos ilícitos cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o en los que éstos tengan directa o indirectamente participación penal y, en general, los accidentes causados por contravenir las leyes, reglamentos y disposiciones particulares referentes a la seguridad de las personas.
- Cuando el Asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o estupefacientes.
- Los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
- Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra civil o internacional, invasión, hostilidad (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revoluciones, insurrección o usurpación de poder, huelgas,

motines, terrorismo, hechos o actuaciones de la Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz, así como los provocados por las fuerzas desencadenadas de la naturaleza tales como terremotos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas y demás eventos similares, con independencia de que en caso de revestir el carácter de extraordinario, se indemnicen por el Consorcio de Compensación de Seguros.

- Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza; las hernias de cualquier clase; las consecuencias de los esfuerzos musculares, distensiones ligamentosas, lumbago o ciática; los ataques de apoplejía, epilepsia, parálisis, síncope, congestiones, aneurismas; los infartos de cualquier clase; la enajenación mental o delirium tremens.
- Los accidentes producidos por lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza y las que se deriven de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva; las consecuencias producidas por las operaciones o curas que el Asegurado realice sobre sí mismo; las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica a las cuales no esté expuesto el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto; y los producidos por intoxicación por la ingestión de productos alimenticios o fármacos.
- La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El Asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente hubiere producido originalmente, sin la intervención agravante de tales circunstancias.

6ª DELIMITACIÓN TEMPORAL Y TERRITORIAL DEL SEGURO

Las garantías de la presente Póliza surten efecto, durante su vigencia, en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

7ª CONCURRENCIA DE SEGUROS DE ACCIDENTES

El Tomador debe comunicar al Asegurador la existencia o la posterior contratación de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

8ª ENTRADA EN VIGOR Y DURACIÓN DEL SEGURO

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se halle firmada la Póliza por ambas partes contratantes y satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima. **En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 0 horas del día siguiente a aquél en que hayan sido cumplimentados.**

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, se prorrogará indefinidamente por períodos de un año. No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante carta dirigida a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de seguro en curso.

Transcurrido el plazo de preaviso sin que haya sido solicitada la rescisión del contrato, el Tomador del seguro queda obligado al pago de la prima correspondiente al nuevo período de seguro, según la forma de pago pactada en las Condiciones Particulares y el Asegurador queda obligado a la cobertura del riesgo durante dicho período, sin que ninguna de las partes pueda unilateralmente dar por extinguido el contrato, salvo mutuo acuerdo.

9ª DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

- a) El Asegurador presta su conformidad al Seguro y determina la prima aplicable únicamente en base a las declaraciones del Tomador del seguro. En consecuencia, éste tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador de acuerdo con el cuestionario que éste le presente, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. **con especial hincapié en facilitar el detalle de los trabajadores que en dicho momento se hallen en situación de incapacidad temporal o inactividad provisional derivadas de cualquiera de las contingencias cubiertas, con indicación de sus causas o gravedad.**

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que se haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

- b) El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo (aumento de capitales, incremento considerable del Grupo Asegurado, cambio de actividad profesional, etc.) y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato, disponiendo el Tomador de quince días desde la recepción de tal proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador 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 siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá 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 que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

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

10ª VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN NOMINAL DEL GRUPO ASEGURADO

En el supuesto de un seguro de Grupo, el Tomador está obligado a comunicar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición nominal del grupo Asegurado consistentes en:

- **Altas:** Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo Asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro.

➤ **Bajas:** Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- i) Pago del capital en caso de fallecimiento del Asegurado.
- ii) Pago de una indemnización por invalidez total o absoluta.
- iii) Cumplimiento de la edad prevista en la Condición 4ª.
- iv) Salida del grupo Asegurado por causa distinta de las anteriores.

En este último supuesto el asegurador devolverá al Tomador del seguro, la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido, en el bien entendido que la citada devolución sólo se producirá a partir del 50% de la prima neta anual de la Póliza.

La comunicación de las altas y bajas de Asegurados se efectuará mediante escrito certificado, surtiendo efecto desde las 0 horas del día siguiente al de la recepción.

11ª GARANTÍAS SUSCEPTIBLES DE COBERTURA Y FORMA DE INDEMNIZACIÓN DE CADA UNA DE ELLAS

El presente contrato es susceptible de cubrir, siempre y cuando figuren específicamente incluidas en las Condiciones Particulares las siguientes garantías, que serán indemnizadas en la forma que asimismo se indica:

Fallecimiento por accidente: óbito producido a consecuencia de accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª. El Asegurador abonará el capital íntegro estipulado en la Póliza para este supuesto a los Beneficiarios de la víctima.

Gran Invalidez por accidente: situación invalidante irreversible (que no prevé una revisión por mejoría) a consecuencia de accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª, cuyo reconocimiento compete en vía administrativa al Instituto Nacional de la Seguridad Social o en vía judicial a los tribunales del orden social. Acreditada tal calificación, mediante la oportuna resolución del INSS o sentencia judicial, ambas de carácter firme, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital íntegro estipulado en la Póliza para este supuesto.

Incapacidad Permanente Absoluta por accidente: situación invalidante irreversible (que no prevé una revisión por mejoría) a consecuencia de accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª, cuyo reconocimiento compete en vía administrativa al Instituto Nacional de la Seguridad Social o en vía judicial a los tribunales del orden social. Acreditada tal calificación, mediante la oportuna resolución del INSS o sentencia judicial, ambas de carácter firme, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital íntegro estipulado en la Póliza para este supuesto.

Incapacidad Permanente Total por accidente: situación invalidante irreversible (que no prevé una revisión por mejoría) a consecuencia de accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª, cuyo reconocimiento

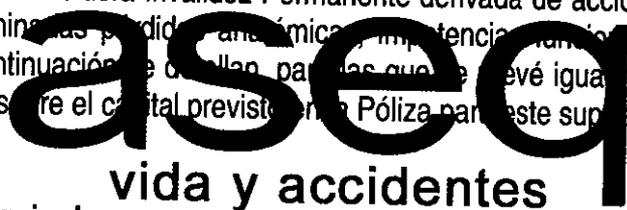
competen en vía administrativa al Instituto Nacional de la Seguridad Social o en vía judicial a los tribunales del orden social. Acreditada tal calificación, mediante la oportuna resolución del INSS o sentencia judicial, ambas de carácter firme, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital íntegro estipulado en la Póliza para este supuesto.

Invalidez Permanente, según baremo, por accidente: pérdidas anatómicas o menoscabos funcionales a consecuencia de accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª. El Asegurador ponderará las secuelas existentes y asignará el correspondiente porcentaje, que se recoge en el baremo indemnizatorio de la Condición General 12ª, a aplicar sobre el capital estipulado en la Póliza para este supuesto, siendo abonado al Beneficiario el correspondiente resultado.

Asistencia sanitaria por accidente: con carácter exclusivamente complementario a la cobertura del fallecimiento y de la invalidez, el Asegurador se hará cargo de los gastos de asistencia sanitaria derivada del accidente, entendido éste de conformidad con la definición contenida en la Condición General 2ª, y hasta el límite del capital estipulado en la Póliza para este supuesto. No se considerarán cubiertos por esta garantía los gastos en productos farmacéuticos, los relativos a material protésico ni los de locomoción, siempre y cuando esta última no tenga el carácter de urgente.

12ª BAREMO INDEMNIZATORIO PARA LA INVALIDEZ PERMANENTE QUE DEFINE LA PROPIA PÓLIZA

La presente Póliza considera Invalidez Permanente derivada de accidente, sea laboral o no laboral, determinadas pérdidas anatómicas, impotencia funcionales o secuelas en general, que a continuación se detallan, para las que se prevé igualmente un porcentaje de indemnización sobre el capital previsto en la Póliza para este supuesto.



vida y accidentes

Derecho Izquierdo

Pérdida completa o impotencia funcional y permanente de ambos brazos o manos, piernas o pies, o de un brazo y un pie, un brazo y una pierna, o una mano y un pie	100%	
Enajenación mental, absoluta o incurable	100%	
Ceguera absoluta o parálisis completa	100%	
Pérdida de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas	100%	
Pérdida o inutilización absoluta de un brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida o inutilización absoluta del movimiento del hombro	25%	20%

Pérdida o inutilización absoluta del movimiento del codo	20%	15%
Pérdida o inutilización absoluta del movimiento de la muñeca	20%	
15%		
Pérdida o inutilización absoluta del pulgar y del índice de la mano	40%	
30%		
Pérdida o inutilización absoluta del pulgar de la mano	22%	
18%		
Pérdida o inutilización absoluta del índice de la mano	15%	
12%		
Pérdida o inutilización absoluta del movimiento de tres dedos de la mano, comprendiendo el pulgar o índice de la mano	35%	
30%		
Pérdida o inutilización absoluta de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25%	20%
Pérdida o inutilización absoluta del pulgar de la mano y de otro dedo que no sea el índice	30%	
25%		
Pérdida o inutilización absoluta del índice de la mano y de otro dedo que no sea el pulgar	22%	
17%		
Pérdida o inutilización absoluta del dedo anular y del dedo meñique de la mano	10%	
8%		
Pérdida o inutilización absoluta de dos de estos últimos dedos de la mano	15%	
12%		
Pérdida o inutilización absoluta de una pierna o amputación por encima de la rodilla	50%	
Pérdida parcial de una pierna por debajo de la rodilla o amputación de un pie	40%	
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40%	



Pérdida de movimiento de la articulación subastragalina	10%
Pérdida completa del movimiento de la garganta de un pie	20%
Pérdida o inutilización absoluta del dedo gordo de un pie	10%
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%
Fractura no consolidada de una rótula	20%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%
Acortamiento por lo menos de cinco cms. de un miembro inferior (la pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo a que corresponda)	15%
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%
Si la visión binocular no estaba perdida antes del accidente	50%
Sordera completa de los dos oídos	40%
Sordera completa de un oído	10%
Si la sordera del otro oído ya existía antes del accidente	20%
Pérdida total de una oreja	7,5%
Pérdida total de las dos orejas	15%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función normal respiratoria	5%
Pérdida total de la nariz	15%

aseq
vida y accidentes

Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula 25%

La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal será equivalente a un porcentaje del 1% por cada cm. ² que no haya sido sustituida por materiales adecuados, pero con un máximo de un 15%

En caso de lesiones de miembros u órganos no especificados en los párrafos anteriores, la indemnización se establecerá proporcionalmente, teniendo en cuenta, en relación con el porcentaje de los casos relacionados, la medida en que la capacidad normal del Asegurado resulte permanentemente disminuida para su trabajo habitual.

La impotencia funcional y absoluta de un miembro es considerada como equivalente a la pérdida del mismo.

Si la pérdida de un miembro o de un órgano, o de su uso, es solo parcial, el grado de invalidez será reducido proporcionalmente.

Si el Asegurado es zurdo, circunstancia que deberá constarle al Asegurador, el porcentaje previsto para los miembros derechos se aplicará a los miembros izquierdos y viceversa.

Cuando el Asegurado sufre, por consecuencia de un sólo y mismo accidente, varias pérdidas o inutilidades de las anteriormente definidas, la indemnización correspondiente será establecida por acumulación de las mismas, pero sin que el importe conjunto de todas ellas pueda ser superior, en ningún caso, a la suma total garantizada para la Invalidez Permanente. No obstante dejara de hacerse el cálculo de la Invalidez a base de dichos sumandos cuando las reglas de valoración de la lesión que se determina bajo un solo concepto y en cantidad menor a la que resulte de la suma.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente ya presentaba con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de invalidez será determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resultase después del accidente.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente, se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la Póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme al artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante "la Ley").

13ª PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en las Condiciones Particulares se

determine otra cosa.

La primera prima será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 0 horas del día siguiente a aquél en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

14ª OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

En caso de accidente cuya contingencia esté cubierta en la Póliza, el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario tienen las obligaciones siguientes:

- 1) Comunicar al Asegurador el acaecimiento del mismo dentro del plazo máximo de siete días de haberlo ocurrido. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, a menos que se pruebe que el Asegurado ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.
- 2) El Tomador del seguro o el Asegurado deberá proporcionar 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 solo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.
- 3) El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. Si el incumplimiento de este deber se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada de la contingencia.
- 4) Facilitar la función de los inspectores, agentes y médicos del Asegurador en orden a la comprobación de las circunstancias del accidente, así como del seguimiento del proceso curativo.

15ª IMPORTE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO

En el supuesto de un seguro de Grupo, si un mismo evento accidental afecta a más de una persona del Grupo Asegurado, las indemnizaciones por Fallecimiento o Invalidez Permanente para cada Asegurado serán las establecidas en las Condiciones Particulares, con un máximo por evento de 3.000.000 euros. En consecuencia, cuando la suma de las cantidades aseguradas para las personas afectadas por un mismo siniestro supere el citado máximo, la indemnización que corresponderá a cada Asegurado será la resultante de distribuir tal guarismo de forma proporcional al importe asegurado.

16ª INDEMNIZACIONES

Un mismo siniestro no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de Incapacidad Permanente y de Fallecimiento. Si después del pago de una indemnización por Incapacidad Permanente y como consecuencia del mismo siniestro el Asegurado falleciese, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia entre la indemnización satisfecha y la estipulada para el caso de Fallecimiento, en el supuesto de que ésta fuese superior. En caso contrario, el asegurador no solicitará el reembolso de la diferencia.

Para obtener la indemnización, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación, además de todos aquellos que para casos concretos requiera el Asegurador. Los citados documentos habrán de ser en todo caso originales o copias convenientemente compulsadas:

Fallecimiento:

- Certificado literal de defunción.
- Acreditación del INSS, de la Mutua de Accidentes o de los tribunales competentes, siempre con carácter firme, sobre el origen accidental del fallecimiento.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de liquidación si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados:

- Acreditación del INSS, de la Mutua de Accidentes o de los tribunales competentes, siempre con carácter firme, sobre el origen accidental de la invalidez.
- El Tomador del seguro o el Asegurado darán cuenta al Asegurador del inicio de cualquier trámite tendente al reconocimiento de una incapacidad, así como de las resoluciones, recursos o sentencias que se sucedan dentro del proceso de determinación definitiva del grado de invalidez que corresponda.

Invalidez Permanente que define la propia Póliza:

- Certificado médico de alta con expresión de las secuelas resultantes del accidente.

Asistencia Sanitaria:

- Las facturas acreditativas del tratamiento, una vez efectuado.

El Asegurador, una vez recibida toda la documentación requerida y tras la debida ponderación de la misma, determinará, de ser procedente, satisfacer la indemnización que corresponda, lo que realizará en un plazo no superior a diez días. La citada ponderación hará especial hincapié en que no existan recibos pendientes de abono relativos al período de cobertura de la contingencia que se liquida o a períodos anteriores.

El Asegurador pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere indemnizado su importe en metálico por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará de conformidad con lo señalado en el artículo 20 de la Ley.

17ª SUBROGACIÓN

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia sanitaria, podrá ejercer, con arreglo a lo que en el artículo anterior se establece, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer, en perjuicio del mismo, los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado está obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes y autorizaciones que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

18ª NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

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.

Se pierde el derecho a la indemnización:

- En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, antes de la conclusión del contrato, si medió dolo o culpa grave.**

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe.

c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.

d) Si el Tomador del seguro o el Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.

e) Si el Asegurado o el Tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.

f) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

19ª COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieran notificado al Asegurador el cambio de su domicilio. Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

No obstante lo anterior, las comunicaciones que el Tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de seguro.

vida y accidentes

Asimismo, las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima del Asegurador.

20ª PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años, de conformidad con el artículo 23 de la Ley.

21ª JURISDICCIÓN

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

22ª CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

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

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

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

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

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135

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

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

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

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera

emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902222665.

23º SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

De conformidad con cuanto establece la *ORDEN ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras*, que trae causa a su vez de la *Ley 44/2002, de 22 de 11, de medidas de reforma de la sistema financiero*, cuyo capítulo V adopta una serie de medidas protectoras de los clientes de servicios financieros, la Entidad dispone de un servicio especializado de atención al cliente separado de los restantes servicios comerciales u operativos de la organización, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones que presenten sus clientes. Su dirección postal es la siguiente: calle Mare de Déu de Núria, 41-43, 08017-BARCELONA, siendo su dirección electrónica aseq.serviciodeatencionalcliente@aseq.es.

La actividad del citado servicio está regulada en el Reglamento para la Defensa del Cliente aprobado por el Consejo de Administración de la Entidad, del que se destaca como sinopsis lo detallado a continuación:

- ✓ Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores.
- ✓ Recibida la queja o reclamación en el Servicio de Atención al Cliente, éste resolverá en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha de presentación de aquélla, a los que se adicionarán, en su caso, los días en los que el

expediente haya quedado en suspenso para la subsanación de posibles errores en la presentación inicial.

- ✓ La decisión será motivada y contendrá unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la queja o reclamación, fundándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
- ✓ Se notificará a los interesados en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, por escrito que se remitirá por correo certificado con acuse de recibo.
- ✓ Transcurrido el plazo previsto, se entenderá desestimada la queja o reclamación.
- ✓ Agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente, ya sea por transcurso del plazo establecido sin pronunciamiento alguno o por disconformidad con el recaído, se podrán formular las quejas y reclamaciones ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, con dirección postal en Paseo de la Castellana, 44, 28046 MADRID.

LEY ORGÁNICA 15/99

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, el Tomador del seguro declara que los datos indicados en los documentos que componen la Póliza suscrita son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automáticamente con el fin de formalizar el seguro. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a las entidades aseguradoras con el objetivo de facilitar la tramitación de los siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro o reaseguro. Asimismo, podrá ser cedida esta información para ofrecer al Tomador otros productos o servicios de la entidad. No obstante lo anterior, el Tomador podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos mediante escrito dirigido a ASEQ VIDA Y ACCIDENTES, S.A., C/ Mare de Déu de Núria 41-43, bajos, 08017-BARCELONA, o al e-mail aseq.barcelona@aseq.es, acompañando copia de Documento Oficial que lo identifique.

CLÁUSULA ADICIONAL

El Tomador del Seguro declara conocer todas las **CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES** que forman parte de esta Póliza, y expresamente acepta todas aquellas normas y apartados limitativos de sus derechos cuyo contenido figura debidamente destacado en negrita.

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido del Asegurador con carácter previo a la

celebración del presente contrato de seguro, toda la información exigida por el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo.

Asimismo, el Tomador del seguro declara haber leído y aceptar el contenido de la cláusula relativa a la Protección de Datos.



ASEQ Vida y Accidentes, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros. NIF A-28178812

Domicilio Social: Mare de Déu de Núria, 41-43. 08017-BARCELONA

Delegaciones: Mare de Déu de Núria, 41-43. 08017-BARCELONA. Tel. 93 206 44 10 - Fax 93 204 22 06. E-mail: aseq.barcelona@aseq.es

Príncipe de Vergara, 126, 6º A. 28002-MADRID. Tel. 91 411 76 68 – Fax 91 561 92 21. E-mail: aseq.madrid@aseq.es

Asunción, 80, 3º A – Edif. Presidente. 41011-SEVILLA. Tel. 95 427 09 34 – Fax 95 427 23 64. E-mail: aseq.sevilla@aseq.es

Salvador, 3, 2ª Planta, Despacho D. 46003- VALENCIA- Tels. 96 315 40 25/ 96 391 80 02 – Fax 96 391 80 02. E-mail: aseq.valencia@aseq.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Tomo 20270, Folio 44, Hoja B-4170, Inscripción 23ª.