

| **ACCIDENTES CONFORT**



LAGUN ARO

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES (FP0502 / Rev. 02) JUNTO CON LAS PARTICULARES, ESPECIALES Y EL CUESTIONARIO-SOLICITUD FORMAN EN SU CONJUNTO EL CONTRATO DE SEGURO.

SEGUROS LAGUN ARO sociedad anónima

Domicilio Social: Capuchinos de Basurto, 6 - 2.º
Teléfono: 94 479 83 00
48013 **BILBAO**

Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya, Tomo 186, Folio 36, Hoja BI 2483 - CIF: A-20079224.

Seguro de Accidentes

Lagun Aro Accidentes Confort

Condiciones Generales

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL	06
DÓNDE RECLAMAR	06
DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES	07
OBJETO DEL SEGURO DE ACCIDENTES	10
EXTENSIÓN Y ALCANCE DEL SEGURO DE ACCIDENTES	11
EXCLUSIONES GENERALES	12
CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS	16
GARANTÍAS PRINCIPALES DE OBLIGADA CONTRATACIÓN	18
Fallecimiento	18
Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta	19
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE OBLIGADA CONTRATACIÓN	23
Indemnización por Hospitalización	24
CÓMO PROCEDER EN CASO DE:	
FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	26
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA DEL ASEGURADO	27
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA o TOTAL (PROFESIONAL) DEL ASEGURADO	28
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO	29
NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA	30
Bases de la póliza	30
Modificaciones del riesgo: actividad profesional o laboral desempeñada	31
Comienzo del seguro	32
Duración del seguro	32
Límites a la duración del seguro	32
Condiciones para la rescisión del contrato	32
Modificación de garantías y capitales asegurados	34
Designación y modificación de Beneficiarios	34
Cesión o pignoración de la póliza	35
Extravío o destrucción de la póliza	35

Las primas del seguro	35
- Fraccionamiento de la prima anual	36
- Plazo de Gracia	36
- Duración del pago de primas	36
- Lugar de pago de las primas	36
Liquidación y pago de las prestaciones	37
- Obligaciones del Tomador, Asegurado y Beneficiarios	37
- Plazos para el pago por parte del Asegurador	37
- Mora en el pago de la prestación	38
- Arbitraje en caso de falta de acuerdo	39
Comunicaciones	40
Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable	40
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	41
I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES	41
1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos	41
2. Riesgos excluidos	42
3. Extensión de la cobertura	43
II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	43
Teléfonos de interés	44
Notas	45

INFORMACIÓN LEGAL

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en su Reglamento, regulado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y demás normativa de desarrollo de estas disposiciones, así como por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato de seguro.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán esta aceptación las cláusulas que contengan meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

La entidad aseguradora es SEGUROS LAGUN ARO, S.A., con domicilio social en c/Capuchinos de Basurto, 6-2º. 48013 Bilbao, Vizcaya, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya al Tomo 186, Folio 36, Hoja BI 2483, CIF: A-20079224.

Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y supervisión de su actividad.

DÓNDE RECLAMAR

En caso de litigio, el Tomador del seguro podrá dirigirse **en primer lugar a:**

Con carácter interno, como Servicio de Atención al Cliente, mediante escrito dirigido a:

- Seguros Lagun Aro, S.A.
Servicio de Atención al Cliente
Apartado de Correos nº 126 F.D.
48080 BILBAO
www.seguros lagunaro.com

En segundo lugar y si persiste su disconformidad, con carácter externo mediante escrito dirigido a:

- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Servicio de Reclamaciones
Paseo de la Castellana, 44
28046 MADRID
www.dgsfp.mineco.es

Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente, por escrito, dirigido al Servicio de Atención al Cliente de Seguros Lagun Aro, S.A..

Este deberá acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y resolverlas o denegarlas igualmente por escrito y motivadamente. Asimismo el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

En cualquier caso, siempre puede dirigirse a los Juzgados y Tribunales de Justicia ordinarios.

DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES

Entidad Aseguradora. Seguros LAGUN ARO, S.A., entidad emisora de esta póliza que, mediante el cobro de las primas, asume la cobertura de los riesgos y el pago de las prestaciones aseguradas objeto este contrato, con arreglo a las condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro. Persona física o jurídica que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, en especial de pagar la prima pactada, salvo aquellas obligaciones que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado. Persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro. Lo habitual es que coincida con la persona del Tomador, pero no es condición necesaria.

Beneficiario. Persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro y que tiene, por tanto, derecho a las prestaciones definidas en la póliza. Su designación corresponde al Tomador del seguro, el cual tiene derecho de modificarlo en cualquier momento durante la vigencia del seguro.

Lo habitual es que, salvo para la prestación de fallecimiento, coincida con la persona del Asegurado, pero no es condición necesaria.

Cesión de derechos. Cláusula opcional en favor de una Entidad Crediticia, que el Tomador puede incluir en las Condiciones Particulares de la póliza, y que tiene como fin otorgar garantía a préstamos de los que sea titular. En caso de que se produzca un supuesto de cobertura de la póliza, la Entidad Aseguradora primeramente se hará cargo del pago de la deuda o saldo pendiente de amortizar, siempre como máximo hasta el capital asegurado establecido en Condiciones Particulares, y los excesos respecto a dicho capital asegurado, se satisfará de acuerdo con la designación de beneficiarios establecida también en las Condiciones Particulares de la póliza.

Declaraciones del Asegurado. De forma previa a la contratación de la póliza, la Entidad Aseguradora solicitará al candidato a seguro la cumplimentación de los cuestionarios necesarios para la correcta valoración del riesgo y determinación de las condiciones de aseguramiento.

Estos cuestionarios tienen como fin conocer, además de los datos personales del candidato a seguro, su estado físico y de salud, sus hábitos de vida, la actividad profesional que desempeña y, los deportes y/o actividades que practica en tiempo de ocio, en su caso.

Póliza. Conjunto de documentos en los que se materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones pactadas entre la Entidad Aseguradora y el Tomador que lo regulan.

La Entidad Aseguradora emite la póliza o contrato de seguro de acuerdo con la solicitud realizada por el Tomador, basándose en las declaraciones realizadas por

el Asegurado y en el resultado de las pruebas médicas, en su caso. Dichas declaraciones son la base del seguro y forman parte integrante de las Condiciones Particulares de la póliza, documento que identifica el riesgo y refleja los datos individuales y específicos para cada Tomador, y que junto con las Condiciones Generales, donde se establecen los aspectos básicos y generales del seguro, configuran la póliza o contrato de seguro.

Suplementos. Las modificaciones sucesivas que se produzcan durante la vigencia del contrato en las condiciones individuales y específicas de aseguramiento se recogerán a través de los correspondientes suplementos a las Condiciones Particulares de la póliza.

Capital asegurado. Cantidad económica establecida por el Tomador para cada garantía asegurada en las Condiciones Particulares de la póliza y que supone el importe de prestación ante cada supuesto de cobertura de la póliza.

El Tomador podrá pactar en Condiciones Particulares que este capital se mantenga constante o que se revalorice anualmente, con el fin de mantener el poder adquisitivo del importe económico de prestación establecido inicialmente. La forma y cuantía en que se revalorizará automáticamente al inicio de cada anualidad de seguro el capital asegurado se recogerá en las Condiciones Particulares de la póliza.

Duración. La duración de la póliza queda establecida en las Condiciones Particulares y, fuera de ésta, no hay cobertura de seguro.

Cuando la póliza se contrate por años renovables, la duración será de un año, sin embargo, si el Tomador no manifiesta lo contrario, la póliza se renovará automáticamente por periodos anuales a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en cada anualidad de renovación.

Prima. Precio o contraprestación del seguro que pagará el Tomador a la Entidad Aseguradora. En el recibo de prima se incluirán los impuestos y recargos legalmente aplicables.

Cuando la póliza se contrate por años renovables, la prima se calculará por anualidades completas de seguro a partir de la fecha de efecto de la póliza y será pagadera por anticipado en la fecha de efecto de la póliza y en los sucesivos aniversarios. En cada renovación anual se recalculará la prima teniendo en cuenta el capital asegurado que corresponda en la fecha de renovación.

Se posibilita al Tomador del seguro la financiación del pago de la prima anual en periodos inferiores, a cambio del correspondiente recargo por fraccionamiento de acuerdo con la forma de pago elegida.

Accidente. Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad o intencionalidad del asegurado.

Así mismo, tienen la consideración de accidente los siguientes riesgos:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.

Baremo. Exclusivamente para las garantías de **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente y en caso de Accidente de Circulación**, se entiende por Baremo la relación de daños o secuelas sufridas por el ser humano a las que se asigna un valor en porcentaje de la invalidez permanente.

Secuela. Exclusivamente para las garantías de **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente y en caso de Accidente de Circulación**, se entiende por secuela el daño estable, definitivo e irreversible.

Centro sanitario, clínica u hospital. Exclusivamente para la garantía de **Indemnización por Hospitalización en caso de Accidente**, se entiende por tal los establecimientos legalmente constituidos con el fin de recibir enfermos o accidentados para su tratamiento como pacientes. A estos efectos será requisito imprescindible que dichos establecimientos dispongan de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, disponiendo así mismo de aquellos instrumentos técnicos necesarios para el diagnóstico y la intervención quirúrgica. No se considerará hospitalización la estancia en balnearios y similares, aunque sea con fines terapéuticos.

OBJETO DEL SEGURO DE ACCIDENTES



Qué engloba:

El objeto del presente contrato de seguro es amparar los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante las 24 horas del día.

La Entidad Aseguradora asumirá los riesgos sobre la vida y/o la integridad física o el estado de salud de la persona asegurada, causados por causa accidental y que hayan sido pactados en las Condiciones Particulares, a cambio del pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente.

En definitiva, se trata de proteger el patrimonio del Beneficiario/s ante circunstancias como el fallecimiento o la invalidez permanente del Asegurado, originados por accidente, en cualquier lugar y durante las 24 horas del día, evitando en lo posible que se resienta la estabilidad económica de las personas dependientes y del propio Asegurado.

Adicionalmente, con la garantía de invalidez permanente también se pretende dotar de medios económicos que posibiliten mejorar la calidad de vida del Asegurado o incluso su curación mediante tratamientos médico-quirúrgicos y/o rehabilitadores.

Mediante la garantía de Indemnización por Hospitalización dar cobertura a las necesidades económicas que surgen tras sufrir un accidente durante los periodos de hospitalización.

EXTENSIÓN Y ALCANCE DEL SEGURO DE ACCIDENTES

Se cubren



Las coberturas del seguro amparan los **accidentes** que pueda sufrir el Asegurado durante las **24 horas del día**.

A efectos de presente contrato de seguro se entiende por accidente **toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad o intencionalidad del Asegurado**.

Así mismo, tienen la consideración de accidente y, por tanto, se encuentran amparados por las garantías de la póliza, los siguientes riesgos:

- **La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.**
- **Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.**
- **Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.**

EXCLUSIONES GENERALES

Con carácter general y para todas las garantías, la Entidad Aseguradora no cubre las consecuencias originadas o producidas por:



- Lesiones y/o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los 365 días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.
- Acontecimientos extraordinarios, en general, cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros como contraprestación del correspondiente recargo obligatorio satisfecho por el Tomador en su favor, de acuerdo con la legislación vigente en el momento del siniestro.
- Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Energía, reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva, ya sea por consecuencia directa o indirecta.
- Fenómenos extraordinarios de la naturaleza no cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».
- Los accidentes causados voluntariamente por el Asegurado.
- Las consecuencias ó agravamientos causados por incumplimiento o desatención de las prescripciones médicas y/o tratamiento pautado.
- Los accidentes que sobrevengan al Asegurado por encontrarse en situación de enajenación mental o intoxicado por el consumo de drogas o estupefacientes o en estado de embriaguez, a cuyos efectos se considera tal estado cuando el grado de alcohol en sangre sea superior a la tasa establecida legalmente (actualmente la genérica es de 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos y para profesionales y noveles de 0,30 gramos por 1.000 centímetros cúbicos), o cuando el Asegurado sea sancionado o condenado por este motivo.

→ Los accidentes relacionados con el **uso de vehículos a motor** en caso de **carecer de las oportunas autorizaciones**.

→ No se consideran accidentes los **infartos de miocardio, los accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, aneurismas, varices, trombosis, embolia, infarto cerebral,...)**, los desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes de cualquier clase, ni sus consecuencias, aún cuando sean calificados como accidente laboral o de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

→ No se consideran accidentes las **hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones**, así como las **distensiones, quebrantaduras musculares, lumbago, lumbalgias y dorsalgias**.

→ No se considera accidente la **insolación, congelación y, en general, cualquier efecto de la temperatura atmosférica**.

→ No se considera accidente la **intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios**.

→ No se consideran accidentes las **lesiones consecuencia de intervenciones quirúrgicas ó tratamientos médicos**.

→ Las consecuencias de un **acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado**; así como los derivados de la participación de éste en **actos delictivos, apuestas, duelos o riñas**, siempre que en este último caso no haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

→ **Enfermedades de cualquier naturaleza**.

→ **Todo tipo de enfermedades infecciosas o del sistema inmunológico**, como por ejemplo, la **enfermedad del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, SIDA, u otras**.

Las siguientes PROFESIONES no son objeto de cobertura por las garantías de la póliza:

- **Vigilantes, Escoltas, Militares, Guardia Civil y Policías (Autónoma, Nacional, Municipal, Secreta, Cuerpos especiales, ...) y Bomberos.**
- **Pilotos y/o tripulantes de aeronaves con objeto comercial o militar.**
- **Industria pesquera en general.**
- **Manipulación y transporte de explosivos y/o productos radiactivos, inflamables, tóxicos o corrosivos.**
- **Minería, cantería, espeleología y plataformas petrolíferas.**
- **Trabajos forestales y subacuáticos (Buzos).**
- **Trabajos exteriores ó sobre estructuras sin cerramiento, en alturas superiores a 10 metros (Encofradores, Montadores de andamios, Limpieza de cristales en edificios, Antenistas, Placas solares, Para-rayos, Techadores, Impermeabilizadores, ...).**
- **Deportistas profesionales.**

Se incluye en la cobertura de la póliza la práctica de cualquier DEPORTE en calidad de aficionado/amateur/no-profesional que no entrañe riesgo o peligro para la vida, la salud o la integridad física.

Quedan expresamente excluidas de cobertura por las garantías de la póliza las siguientes actividades deportivas:

- **Deportes de nieve en pistas libres no balizadas y/o en circuitos de alta montaña (>3.000 m.) y/o en solitario.**
- **Moto de nieve y náutica.**
- **Ski acrobático, acuático y saltos de trampolín.**
- **Senderismo/trekking en alta montaña (>3.000 m.).**
- **Escalada, descenso de cañones, ríos de montaña, cascadas, espeleología,... (rafting/canyoning/puenting,...) en solitario ó sin supervisión de monitor.**
- **Submarinismo nocturno, en solitario, bajo hielo y/o a profundidades superiores a 20 metros.**

- Motociclismo y automovilismo, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.
- Deportes aéreos en general, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.
- Deportes náuticos en solitario, y/o en condiciones climatológicas adversas, y/o a más de 1 milla de la costa y/o en zonas rocosas o de difícil acceso.
- Participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares y, en particular, la participación en pruebas ciclistas.
- Caza mayor.
- Toreo y encierro de reses bravas.
- Práctica de cualquier deporte en calidad de monitor, entrenador o preparador.
- Labores de guía, salvamento o rescate.
- La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.

Se incluye dentro de la cobertura de las garantías de la póliza la conducción de MOTO (motocicleta ó ciclomotor) independientemente de la cilindrada.

Quedando expresamente excluida:

- Su práctica como deporte amateur o profesional.
- La participación en pruebas deportivas.
- El uso y conducción de quad y minimotos.

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS

Las posibilidades de aseguramiento o garantías que el Tomador puede contratar en las Condiciones Particulares de la póliza son las que a continuación se indican:

<p>Fallecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Esta garantía, junto con la garantía de Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta, actúa como principal, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado.</p>
<p>Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Esta garantía, junto con la garantía anterior de Fallecimiento, actúa como principal, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado. El capital asegurado será el mismo que el de la garantía también principal de Fallecimiento.</p>
<p>Indemnización por Hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Garantía Complementaria de contratación obligatoria. El capital diario asegurado se corresponderá con la opción asignada para el capital contratado en las garantías principales anteriores.</p>



GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Fallecimiento

Se cubren

En caso de que el Tomador haya contratado esta garantía y se produzca el fallecimiento del Asegurado **por un accidente** cubierto por la póliza y **en cualquier lugar del mundo**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por Fallecimiento por Accidente **el producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause fallecimiento dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

Por tanto, el capital asegurado resultará exigible tanto si el fallecimiento de Asegurado ocurriese inmediatamente después del accidente, cómo si el **fallecimiento sobreviniese por consecuencias directas del accidente, dentro de los 365 días siguientes al día en que ocurrió.**

Si con posterioridad a que la Entidad Aseguradora hubiera pagado una indemnización por Invalidez ocurriera el fallecimiento del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiera transcurrido más de 365 días desde su ocurrencia, la Entidad Asegurada sólo estará obligada a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de Fallecimiento.

Si lo ya indemnizado fuera superior, la Entidad Asegurada no podrá reclamar la diferencia.

Esta garantía, junto con la garantía de **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta**, actúa como principal respecto de todas las demás, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado.

Anticipo de capital de Fallecimiento para Gastos inmediatos relacionados

La Entidad Aseguradora podrá, a petición de los familiares, previamente verificado el fallecimiento del Asegurado por un accidente cubierto por la póliza, **anticipar hasta 3.000 euros** del capital asegurado establecido para la garantía principal de Fallecimiento en las Condiciones Particulares de la póliza, en la **cuenta corriente del Tomador** establecida para el cobro de las primas en dichas Condiciones Particulares, al objeto de poder hacer frente a los gastos más inmediatos derivados del fallecimiento.

GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta

Se cubren



En caso de que el Asegurado resulte afectado por una **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo a causa de un accidente** cubierto por la póliza y en cualquier lugar del mundo, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, **el porcentaje de indemnización que corresponda de acuerdo a la lesión corporal y secuelas según el Baremo y sus normas de aplicación** que se establecen en estas Condiciones Generales de la póliza, aplicado sobre el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que el Asegurado resulte afectado por una **Invalidez Permanente Absoluta a causa de un accidente**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, **el 100% del capital asegurado** establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Parcial s/Baremo por Accidente, **la pérdida anatómica ó impotencia funcional de miembros u órganos que sea consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por la póliza, cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados, considerando que tal lesión causa la invalidez dentro de un año a partir de la fecha en que se sufrió.**

El pago del 100% del capital asegurado para esta garantía complementaria de Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta, tras la correspondiente comprobación y aceptación por la Compañía, conlleva la automática anulación del contrato de seguro y, por tanto, la pérdida de vigencia del resto de garantías aseguradas.

Si con posterioridad a que la Entidad Aseguradora hubiera pagado una indemnización por Invalidez ocurriera el fallecimiento del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiera transcurrido más de 365 días desde su ocurrencia, la Entidad Asegurada sólo estará obligada a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de Fallecimiento.

Si lo ya indemnizado fuera superior, la Entidad Asegurada no podrá reclamar la diferencia.

Esta garantía, junto con la garantía de **Fallecimiento**, actúa como principal, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado en al menos una de ellas.

BAREMO

El importe de las indemnizaciones por esta garantía complementaria se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta garantía, de los porcentajes de indemnización siguientes:

TIPO DE INVALIDEZ

PORCENTAJE DE INDEMNIZACION

Cabeza y sistema nervioso

- Enajenación mental completa	100
- Epilepsia en su grado máximo	60
- Ceguera absoluta	100
- Pérdida de la visión de un ojo o disminución a la mitad de la visión binocular...	25
- Catarata traumática unilateral operada (afaquia)	5
- Sordera completa	65
- Sordera total de un oído	15
- Pérdida total del olfato o del gusto	5
- Mudez absoluta con imposibilidad del emitir sonidos coherentes	50

Columna vertebral

- Paraplejía	100
- Cuadriplejía	100
- Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna: 3% por cada vértebra afectada, con un máximo de	20

Torax, abdomen y aparato genito-urinario

- Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de la capacidad pulmonar	20
- Hernia diafragmática	10
- Nefrectomía	10
- Esplenectomía	5
- Ano contra natura	20

TIPO DE INVALIDEZ

PORCENTAJE DE INDEMNIZACION

Miembros superiores

- Amputación de un brazo desde la articulación del húmero	70
- Amputación de un brazo a nivel del codo o por encima de éste	65
- Amputación de un brazo por debajo del codo	60
- Amputación de una mano al nivel de la muñeca o por debajo de esta	55
- Amputación de cuatro dedos de una mano	50
- Amputación de un dedo pulgar	20
- Amputación total del dedo índice o de dos falanges del mismo	10
- Amputación total de cualquier otro dedo o de dos de sus falanges	5
- Pérdida total del movimiento del hombro	35
- Pérdida total del movimiento del codo	20
- Parálisis total del nervio radial, cubital o del mediano	25
- Pérdida total del movimiento de la muñeca	20

Pelvis y miembros inferiores

- Pérdida total del movimiento de una cadera	30
- Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla	60
- Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla	55
- Amputación de un pie	40
- Amputación parcial de un pie conservando el talón	20
- Amputación de un dedo gordo	10
- Amputación de cualquier otro dedo del pie	2
- Parálisis total del ciático poplíteo externo	15
- Pérdida total del movimiento de una rodilla	20
- Pérdida total del movimiento de un tobillo	15
- Dificultades graves en la deambulación subsiguiente a la fractura de uno de los calcáneos	10

Normas de aplicación del Baremo

En la aplicación del anterior Baremo se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- Los porcentajes de indemnización correspondientes a los miembros superiores deben ser reducidos en un 15% cuando no se trate del lado dominante (lesiones en un miembro izquierdo de un diestro y viceversa), salvo para el caso de amputación de una mano asociada a la de un pie.
- Las indemnizaciones se fijaran independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
- Cuando existan varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se acumularán sus porcentajes de indemnización correspondientes, con un máximo del 100% del capital asegurado para esta garantía complementaria.
- La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.
- La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.
- Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en el Baremo se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
- Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.
- Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionalidades, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
- El grado de invalidez, a efectos de indemnización definitiva, será establecido por la Compañía cuando el estado físico del Asegurado sea reconocido médicamente como definitivo y éste presente el correspondiente certificado médico de incapacidad. Si transcurridos **12 meses** desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar de la Compañía un nuevo plazo de hasta **12 meses** más, transcurrido el cual ésta habrá de fijar la invalidez en base a la que se estime resultará definitiva.
- Cuando el cuadro de secuelas no esté específicamente recogido en el Baremo establecido en estas Condiciones Generales de la póliza, se acudirá para suplir estas carencias a **Baremos oficiales y públicos** realizando la adecuación entre baremos que sea oportuna al caso analizado, como el que se recoge en el “**Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía**”, utilizado por el I.M.S.E.R.S.O. y por el Área de Bienestar Social de las distintas Diputaciones Forales.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Ejemplo

El Tomador contrata una póliza con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	En caso de Accidente	75.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL S/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	100.000 €

→ **a.** En el supuesto de que el Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de cualquier trabajo a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **100.000 €**.

A partir del cobro de dicha prestación **la póliza quedará anulada y todas las garantías de la misma sin efecto.**

→ **b.** En el supuesto de que el Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual a causa de un accidente laboral cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada dependerá del **porcentaje que supongan las lesiones y secuelas permanentes valorados de acuerdo al Baremo y sus normas de aplicación**, aplicado sobre el capital asegurado de **100.000 €**.

A partir del cobro de dicha prestación **la póliza quedará anulada y todas las garantías de la misma sin efecto.**

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Indemnización por Hospitalización

Se cubren

En caso de que el Asegurado **permanezca ingresado en calidad de paciente en un centro sanitario, clínica u hospital de forma ininterrumpida por un periodo superior a 48 horas debido a una alteración de su estado de salud a causa de un accidente cubierto por la póliza**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el importe diario de capital asegurado consignado en las Condiciones Particulares de la póliza **desde la fecha de ingreso hasta el día del alta, con el límite máximo de 365 días desde el día en que ocurrió el accidente.**

El día de ingreso hospitalario computará a los efectos de determinar la duración del importe diario de indemnización, no así el del Alta Hospitalaria, por el cual no tendrá derecho el asegurado al devengo del importe diario de capital contratado para esta garantía.

La prestación o indemnización a cargo de la Entidad Aseguradora se hará efectiva de **una sola vez** a partir de la fecha en que haya recibido el informe médico de Alta Hospitalaria del centro sanitario o en la que expire el plazo máximo de 365 días.

No obstante, previa solicitud del Asegurado, la Entidad Aseguradora podrá **anticipar a éste cantidades a cuenta de la prestación total.**

No se considerarán hospitalizaciones en establecimientos o centros sanitarios las estancias en balnearios y similares, aunque sea con fines terapéuticos.

El ámbito geográfico de cobertura para esta garantía complementaria se restringe a los accidentes ocurridos en Europa, Estados Unidos y Canadá.

La prima de esta garantía complementaria vencerá en la misma fecha que la de las garantías principales y obligatorias de Fallecimiento e Invalidez Permanente Parcial s/baremo y Absoluta.

La duración de esta garantía complementaria será la que figure en las Condiciones Particulares, cesando automáticamente su cobertura en los siguientes supuestos:

- Por **fallecimiento** del Asegurado.
- Al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de **65 años**.



CÓMO PROCEDER EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios deberán notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Certificado de defunción del Asegurado.**
- **Atestado o las diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo han producido.

Adicionalmente, y dependiendo de la naturaleza y características del suceso, puede requerirse:

- **Informe de autopsia,**
 - **Informe toxicológico del I.N.T.** (Instituto Nacional de Toxicología).
 - **Informe del médico** que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, en el que se detallaran las **causas y circunstancias del fallecimiento**, así como los **antecedentes de salud** del Asegurado **con su fecha** de debut correspondiente.
- **Documentos que acrediten la identidad del o de los Beneficiarios:**
- **Fotocopia del D.N.I.** de cada uno de los **Beneficiarios** o de **documento sustitutivo** (N.I.F., Pasaporte, Permiso de Residencia,...).
 - Si la designación se concreta en “cónyuge”, “descendientes”, “hermanos” y/o “ascendientes”, adicionalmente se presentará **fotocopia del Libro de Familia** correspondiente para acreditar la relación de parentesco.
 - Si la designación fuera “Herederos Legales” se presentará, adicionalmente, fotocopia del **Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y Testamento.**
- Cuando el Tomador sea persona distinta del Beneficiario, se presentará la **Carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones** o su **exención**, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda que corresponda.

CÓMO PROCEDER EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA O TOTAL (PROFESIONAL) DEL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una Invalidez Permanente en grado de Absoluta o de Total, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Resolución de los órganos competentes de la Seguridad Social** que determine el **grado de invalidez** concedido al Asegurado, sus **causas y circunstancias**, así como los **antecedentes de salud fechados** y su **evolución**.
- En caso de no existencia de dicha Resolución de la Seguridad Social, **Informe médico** en el que se detallen las **causas y circunstancias** que justifican la invalidez permanente del Asegurado, así como los **antecedentes de salud con su fecha** de debut correspondiente y evolución.
- **Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio** que se precise en cada caso concreto.
- El Asegurado permitirá la **realización por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora de los reconocimientos y pruebas médicas** que se consideren oportunos.
- Dependiendo de la naturaleza y características del accidente, puede requerirse adicionalmente **atestado** o **diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo produjeron.

CÓMO PROCEDER EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA DEL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una Invalidez Permanente Parcial s/Baremo o Absoluta, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguientes documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Resolución de los órganos competentes de la Seguridad Social** que determine el **grado de invalidez** concedido al Asegurado, sus **causas y circunstancias**, así como los **antecedentes de salud fechados** y su **evolución**.
- En caso de no existencia de dicha Resolución de la Seguridad Social, **Informe médico de incapacidad** que detalle las **causas y circunstancias** que justifican la invalidez permanente y definitiva del Asegurado, así como los **antecedentes de salud con su fecha** de debut correspondiente y evolución.
- **Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio** que se precise en cada caso concreto.
- El Asegurado permitirá la **realización por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora, de los reconocimientos y pruebas médicas** que se consideren oportunos.
- Dependiendo de la naturaleza y características del accidente, puede requerirse adicionalmente **atestado o diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo produjeron.

CÓMO PROCEDER EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud a causa de un accidente cubierto por la póliza que le obligue a permanecer ingresado en un centro hospitalario, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguientes documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Declaración o parte de siniestro**, impreso que será facilitado a su solicitud por la Compañía Aseguradora, debiendo ser cumplimentado en todos sus apartados.
- **Informe de Alta Hospitalaria del centro sanitario, clínica u hospital** que detalle las **causas y circunstancias** que justifican el ingreso, así como la duración del mismo, con expresión de las **horas de ingreso y salida**, a efectos de establecer el importe de la indemnización.
- **Antecedentes de salud, información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio** si fuera preciso dependiendo del cada caso concreto.
- El Asegurado permitirá la **realización por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora de los reconocimientos y pruebas médicas** que se consideren oportunos.
- Dependiendo de la naturaleza y características del accidente, puede requerirse adicionalmente **atestado o diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo produjeron.

NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA

Bases de la póliza

La presente póliza de seguro de accidentes y sus condiciones se concertan en base a las declaraciones formuladas por el Tomador y por el Asegurado en la solicitud de seguro, inclusive las declaraciones sobre el estado físico y de salud, formando todo ello parte integrante del contrato.

Dichas declaraciones han determinado la aceptación y valoración del riesgo por la Compañía aseguradora y, por tanto, el cálculo de la prima correspondiente.

Los requisitos y condiciones de asegurabilidad se determinarán de acuerdo a las especificaciones de las bases técnicas de la Compañía Aseguradora y el cumplimiento de las mismas se comprobará a través de las declaraciones del Tomador y del Asegurado mencionadas en el párrafo anterior.

Si el Tomador y/o el Asegurado al formular estas declaraciones incurrieran en reserva, inexactitud o falta de veracidad respecto a las circunstancias por él conocidas que pudiesen influir en la aceptación y valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

La Compañía Aseguradora podrá rescindir el contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Compañía las primas relativas al periodo de seguro en curso en el momento que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si medio dolo o culpa grave por parte del Tomador y/o del Asegurado, la Compañía podrá impugnar la validez de la presente póliza, quedando liberada del pago de la indemnización.

Modificaciones del riesgo: actividad profesional o laboral desempeñada

A los efectos del presente contrato, **el cambio de actividad profesional o laboral desempeñada por el Asegurado**, respecto de la que figura consignada en Condiciones Particulares, es circunstancia **que modifica el riesgo y debe ser comunicada al Asegurador conforme se describe a continuación.**

La agravación del riesgo por dichos motivos podrá o no ser aceptada por la Compañía Aseguradora, y se le aplicarán las normas siguientes:

- En caso de **aceptación**, el Asegurador podrá proponer al Tomador del seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde que la agravación le ha sido declarada.
- El Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esa proposición de modificación de contrato para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o 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 días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.
- Si el Asegurador **no acepta** la agravación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan comunicado al Asegurador la agravación del riesgo y sobreviniere un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe.

En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad de riesgo.

La práctica de deportes o actividades en tiempo de ocio y la conducción o uso de moto queda incluida dentro de la cobertura de las garantías de la póliza, a excepción de las exclusiones establecidas con carácter general, por ello la práctica de nuevos deportes diferentes a los realizados en el momento de la contratación no precisa de comunicación específica al Asegurador ni aceptación expresa por su parte, por constituir el objeto del presente seguro.

Así mismo, el Tomador y/o Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se consideran agravación del riesgo.

Comienzo del seguro

Las garantías del seguro entrarán en vigor con carácter inmediato en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, es decir, sin periodo de carencia, siempre que el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima.

Duración del seguro

Esta póliza tendrá una duración por el plazo de tiempo que se haya estipulado en las Condiciones Particulares.

Si la póliza se contrata por años renovables, el plazo de duración es de un año. Sin embargo, si el Tomador del Seguro no manifestare lo contrario mediante **notificación escrita** a la Compañía Aseguradora al menos con **un mes de antelación** al vencimiento de la anualidad en curso, **la póliza se renovará automáticamente por periodos anuales** a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en la anualidad de renovación. No obstante, la compañía Aseguradora **podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita al Tomador de la póliza, efectuada con antelación no inferior a 2 meses a la conclusión del periodo de seguro en curso.**

La prórroga tácita no será aplicable para aquellos seguros cuya duración sea inferior al año.

Límites a la duración del seguro

Para la garantía principal de fallecimiento, el plazo de duración de la póliza tendrá como límite la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla los 70 años de edad, en cuyo final el contrato quedará automáticamente extinguido.

No obstante, la garantía también principal de Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta y la garantía complementaria de Indemnización por Hospitalización, cesarán automáticamente al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

Límites en la edad de admisión

La edad mínima del Asegurado para la contratación de la póliza se establece en 15 años y la máxima en 60 años, ambos incluidos.

Condiciones para la rescisión del contrato

→ El **Tomador** tiene la facultad unilateral de resolver el contrato dentro del plazo de los **30 días** siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Tal facultad deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición, momento en el cual cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador.

El Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

→ La **Compañía Aseguradora** puede rescindir el contrato de seguro por las causas siguientes:

- Durante el primer año de seguro, por la reserva o inexactitud del Tomador del seguro en las declaraciones del riesgo asegurado. Para ello la Aseguradora tiene un plazo de un mes desde el conocimiento de la misma para comunicar la rescisión.

El plazo de un año no regirá si el Tomador del seguro ha actuado con dolo y/o culpa grave.

- Si la edad del Asegurado es inexacta y la verdadera edad excede de los límites de contratación establecidos en estas Condiciones Generales.
- Por impago de la primera prima y para la segunda prima y sucesivas, cuando sean impagadas y se extinga la póliza por transcurso del plazo.
- Por no aceptación del agravamiento del riesgo comunicado por el Tomador relativo a cambios en la actividad profesional o laboral y la forma en que se desempeña -por cuenta propia o ajena-, y la práctica de nuevos deportes o actividades en tiempo de ocio respecto de la declaración inicial en el momento de la contratación y consignada en las Condiciones Particulares de la póliza.

→ Tanto el **Tomador** del seguro como la **Entidad Aseguradora** podrán solicitar la rescisión del contrato de seguro al final de cada anualidad de seguro. El Tomador deberá realizar dicha **comunicación por escrito y debidamente firmada** por el mismo, **con un mes de antelación a la renovación anual** del mismo. Así mismo, la Entidad Aseguradora podrá oponerse en todo caso a la prórroga anual de la póliza, mediante notificación escrita efectuada con 2 meses de antelación a la conclusión de la anualidad de seguro en curso.

→ Después de la comunicación de cada siniestro tanto el **Tomador** del seguro como la **Entidad Aseguradora** podrán solicitar la rescisión del contrato de seguro. La parte que decida rescindir deberá **notificarlo por escrito** a la otra **dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la fecha de liquidación, si hubiere lugar a ella**; en cualquier caso la **notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto**.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del **Tomador del seguro**, quedarán a favor de la **Entidad Aseguradora** las primas de periodo en curso, y si fuere de la **Entidad Aseguradora**, ésta deberá reintegrar al **Tomador del Seguro** la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

Modificación de Garantías y Capitales asegurados

→ Si el **Tomador** desea modificar los capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **reduciendo** los mismos, deberá comunicárselo a la **Compañía Aseguradora** al menos con **un mes de antelación al vencimiento anual de la póliza**. Si la parte notificada **no contesta en 15 días antes de este vencimiento, se entenderá que lo acepta y surtirá efectos en el siguiente periodo de seguro, adecuándose las primas en tal caso a la nueva situación y, si contesta negativamente, podrá rescindir la póliza a partir de dicho vencimiento**.

→ Si el **Tomador** desea modificar los capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **umentando** los mismos, deberá comunicárselo a la **Compañía Aseguradora**, la cual en base a las declaraciones formuladas por el **Tomador** y por el **Asegurado** en dicha solicitud de ampliación, valorará el incremento de riesgo propuesto, **determinando su aceptación o rechazo** y, en su caso, las **condiciones de aseguramiento** y la **prima** correspondiente, siendo de aplicación lo establecido en el apartado **Bases de la póliza** de estas Condiciones Generales.

Designación y modificación de Beneficiarios

La designación de beneficiarios es un derecho exclusivo del **Tomador del seguro**, que podrá efectuarse en las Condiciones Particulares de la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al **Asegurador** o bien en testamento.

Durante la vigencia del contrato, el **Tomador** puede designar **Beneficiario** o modificar la designación realizada, salvo que el **Tomador** haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La revocación o designación de un nuevo **Beneficiario** deberá hacerse en la misma forma utilizada para la designación.

Si en el momento del fallecimiento no hubiese **Beneficiario** concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte integrante del patrimonio del **Tomador**.

Cesión o pignoración de la póliza

El Tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable.

La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario.

El Tomador deberá comunicar al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador, del Beneficiario o del Asegurado, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

Las primas del seguro

El Tomador de la póliza será el obligado al pago de la prima correspondiente al seguro, junto con los impuestos y recargos legalmente repercutibles. La misma será pagadera por anticipado en la fecha de efecto de la póliza y en los sucesivos aniversarios, si se hubieran pactado primas periódicas, según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. La primera prima será exigible una vez firmado el contrato.

La prima anual podrá permanecer constante durante toda la duración del seguro o en caso de que se indique en las Condiciones Particulares, se irá revalorizando automáticamente al final de cada anualidad en la cuantía y forma especificadas en las Condiciones Particulares.

Si por culpa del Tomador del seguro la primera prima no ha sido pagada o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima por vía ejecutiva.

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 queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Entidad Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso.

Si la Entidad aseguradora no reclama el pago pendiente de la prima dentro de los 6 meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

Si el contrato no hubiera sido extinguido o resuelto conforme a lo establecido en los párrafos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

Fraccionamiento de la prima anual

El Tomador del seguro podrá pactar en las Condiciones Particulares de la póliza fraccionar el pago de la prima anual en periodos inferiores a cambio de correspondiente recargo por fraccionamiento, en cada caso, el cual también se establecerá en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Las posibilidades de forma de pago que ofrece la Compañía Aseguradora para mayor comodidad del Tomador, son:

Mensual, Bimestral, Trimestral, Cuatrimestral y Semestral.

A la renovación anual de la póliza el Tomador podrá modificar libremente la forma de pago de prima elegida inicialmente, mediante suplemento a las Condiciones Particulares de la póliza.

Duración del pago de primas

Salvo pacto en contrario, las primas serán pagaderas mientras la póliza se halle vigente, en cada fecha de vencimiento de pago de primas, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Especiales y Particulares.

Lugar de pago de las primas

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de vencimiento fijados en la póliza y su pago se realizará en el domicilio del Tomador del seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al satisfacer la prima será entregado un recibo en el que se detallará: periodo al que corresponde la prima, su importe y los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

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

→ El Tomador entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario, Caja de Ahorros o Entidad de financiación, dando la orden oportuna al efecto.

→ La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador, y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

→ Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, o al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al Tomador, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

Liquidación y pago de las prestaciones

Obligaciones del Tomador, del Asegurado o los Beneficiarios

Al ocurrir un accidente que origine daños cubiertos por las garantías de la póliza, el Tomador del seguro, el Asegurado o los Beneficiarios están obligados a:

- Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente. **El incumplimiento de este deber dará derecho a la Entidad Aseguradora a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.**
- Comunicar el acaecimiento del accidente a la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. **En caso de incumplimiento de esta obligación, la Entidad Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración de siniestro, salvo si se probase que aquella tuvo conocimiento del accidente por otro medio.**
- Facilitar a la Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del accidente, la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de los documentos justificativos e información complementaria que se establece para cada garantía en estas Condiciones Generales. **El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.**
- Los Asegurados quedan obligados, salvo causa justificada, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe la Entidad Aseguradora, si ésta lo estima necesario a fin de completar los informes facilitados, y a trasladarse, por cuenta de la misma al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento.
- El Asegurado, los Beneficiarios y el Tomador se comprometen a relevar del deber del secreto profesional, respecto a la información que pueda solicitar la Entidad Aseguradora, a aquellos profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente.

Plazos para el pago por parte del Asegurador

El Asegurador estará obligado a satisfacer el capital asegurado al término de las investigaciones y comprobaciones necesarias para establecer la existencia y cobertura del siniestro por las garantías de la póliza. Para ello, también podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.

Una vez recibidos los documentos justificativos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del Beneficiario, el Asegurador pagará o consignará al Beneficiario, en el plazo máximo de **5 días**, el capital asegurado y, en cualquier caso, dentro de los **40 días** a partir de la recepción de la declaración del siniestro el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Mora en el pago de la prestación

Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de **3 meses** desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

Si el Asegurador incurriere en mora, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante de entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

I. La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%.

Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

II. Será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

III. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro. No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

IV. Será término final del cómputo de intereses:

En los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el Asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago.

En los restantes supuestos será término final el día en que efectivamente satisfaga la indemnización al Beneficiario.

V. No habrá lugar a la indemnización por mora del Asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

VI. En la determinación de la indemnización por mora del Asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Cuando la compañía aseguradora decida rehusar un siniestro en base a las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador en el plazo de siete días a contar desde la fecha en que hubiere tenido conocimiento de la causa en que fundamentalmente el rehúse, expresando los motivos del mismo.

Procedimiento de actuación en caso de falta de acuerdo (Arbitraje)

- Si no se lograse un acuerdo dentro del plazo de **40 días** a partir de la recepción de la declaración del siniestro, por no aceptar el Tomador la proposición indemnizatoria de la Compañía, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los **8 días** siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.
- Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
- El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de **30 días**, en el caso del Asegurador y **180 días** en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación.

Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

- Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo de la indemnización que el Asegurador pueda deber, y si no lo fuera abonará el importe señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.
- En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20% anual, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.
- Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los de Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

→ Si el Asegurado estuviera sometido a la Jurisdicción Laboral, se considerará derogado este procedimiento de Arbitraje a través de peritos y, el pago de indemnizaciones será efectuado por la Compañía cuando sea firme la resolución del Equipo de Evaluación de incapacidades de la Seguridad Social correspondiente y dicho organismo no establezca su previsible revisión por mejora, siempre que la incapacidad profesional declarada alcance el grado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza.

Las comunicaciones que efectúe 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 a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, se realizarán en el último domicilio comunicado, que estará recogido en la póliza.

Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable

El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de la presente póliza, será de **cinco años** contados desde el día en que pudieran ejercitarse.

La presente póliza de seguro quedará sometida a la jurisdicción española y dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma, el del domicilio del Asegurado. Si el Asegurado tuviese establecido su domicilio habitual en el extranjero deberá designar uno en España.

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, 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 o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun 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, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); 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.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

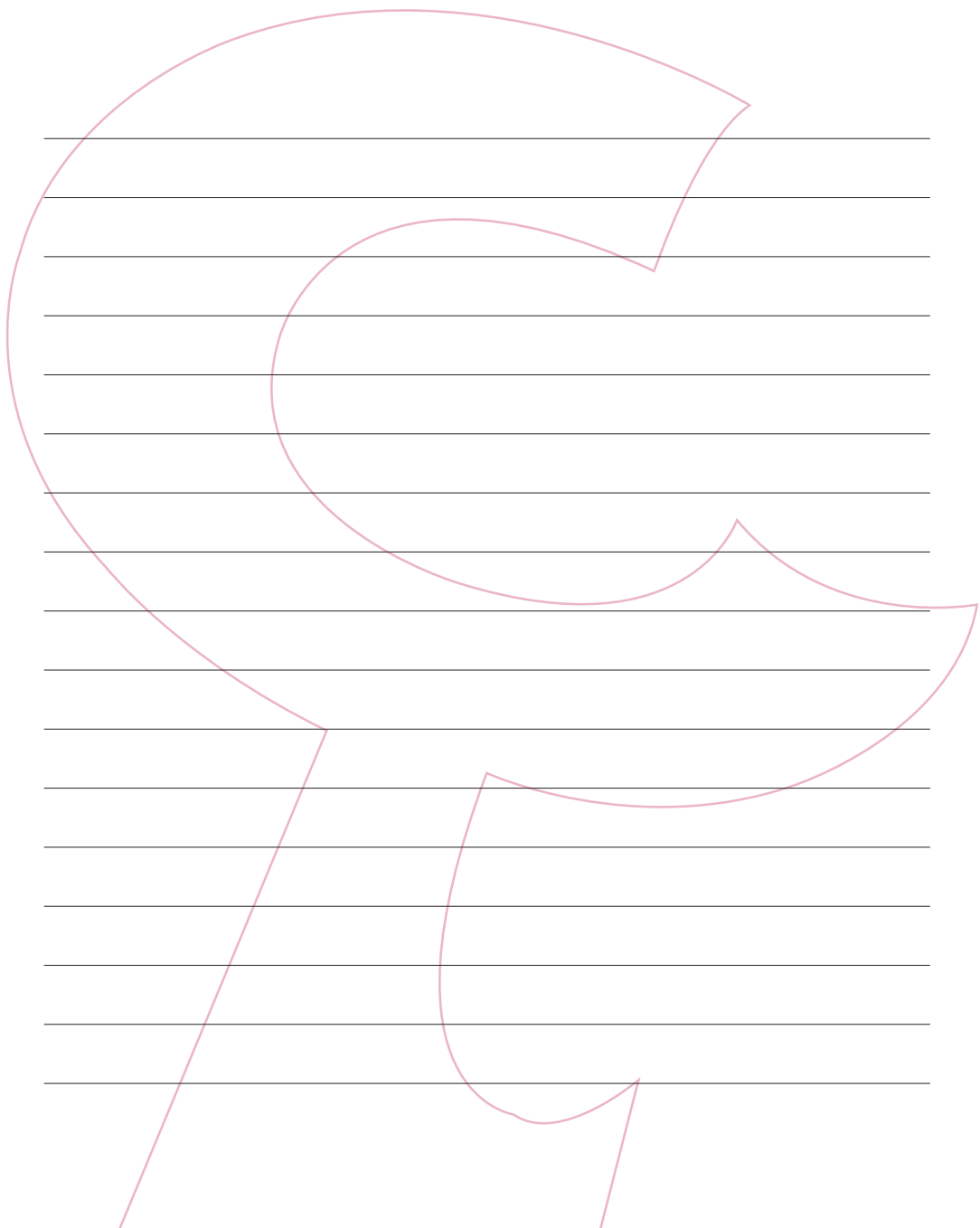
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

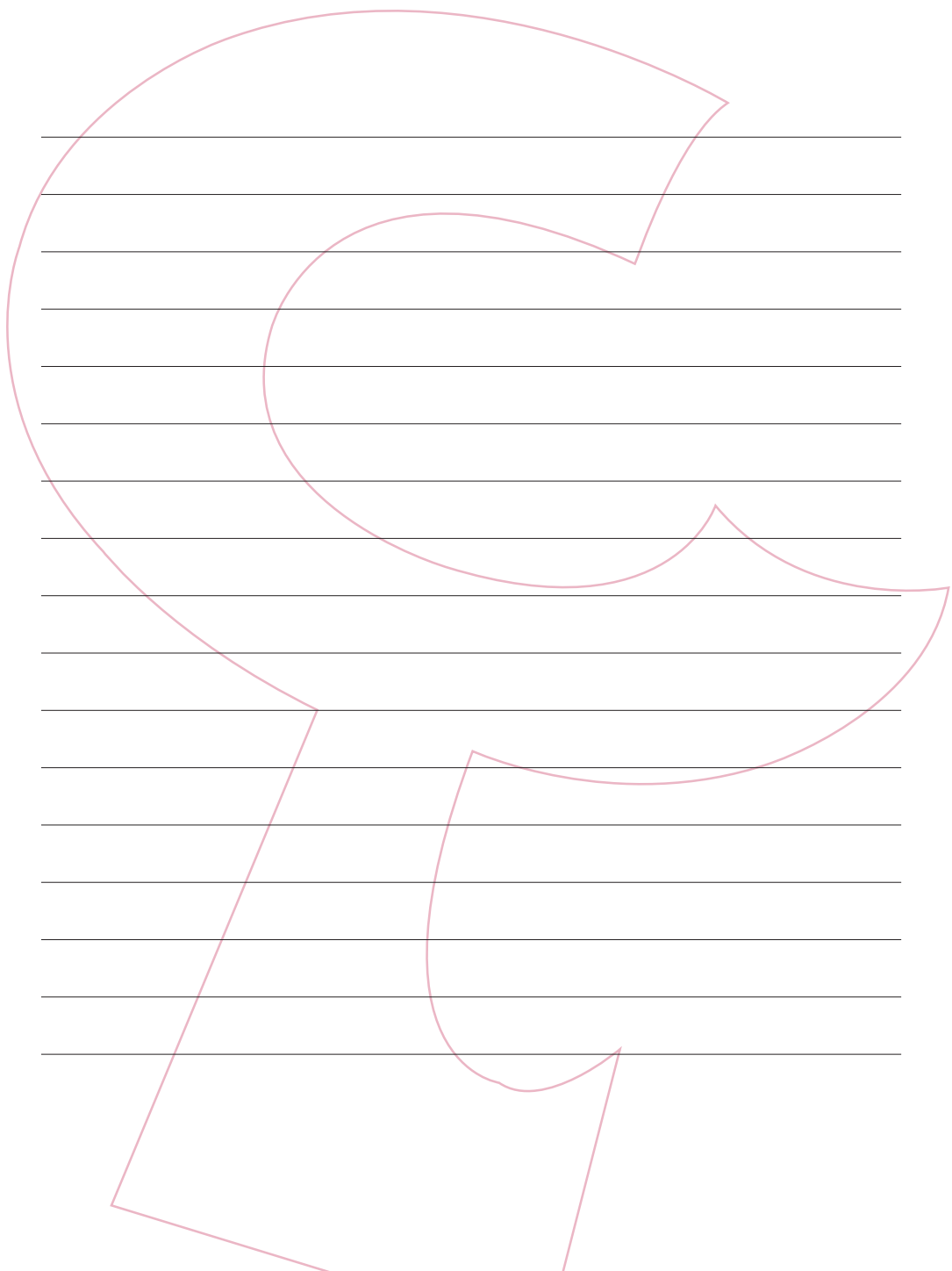
Teléfonos de interés

Teléfono de emergencia 112

LAGUNTEL 902 380838

Notas





AUTOMÓVIL

HOGAR

AHORRO PREVISIÓN

VIDA

ACCIDENTES

SALUD

NEGOCIO

BAJA DIARIA