

| ACCIDENTES SUPER LK



LAGUN ARO

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES (FP0503/ Rev. 00) 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 Bizkaia, Tomo 186, Folio 36, Hoja BI 2483 - CIF: A-20079224.

Seguro de Accidentes

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
GARANTIAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACION OPCIONAL	17
Fallecimiento	17
GARANTIAS PRINCIPALES DE CONTRATACION OBLIGATORIA	18
Fractura de Huesos	18
Quemaduras	22
Indemnización por Hospitalización	24
Adaptación de la Vivienda	26
Asistencia para la Vida Diaria	28
CÓMO PROCEDER EN CASO DE:	
FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	36
FRACTURA DE HUESOS O QUEMADURAS DEL ASEGURADO	37
HOSPITALIZACION DEL ASEGURADO	38
ADAPTACION DE VIVIENDA	39
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	40
NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA	41
Bases de la póliza	41
Comienzo del seguro	41
Duración del seguro	42
Límites a la duración del seguro	42
Condiciones para la rescisión del contrato	42
Modificación de garantías y capitales asegurados	44
Designación y modificación de Beneficiarios	44
Cesión o pignoración de la póliza	44
Extravío o destrucción de la póliza	45

Las primas del seguro	45
- Fraccionamiento de la prima anual	46
- Duración del pago de primas	46
- Lugar de pago de las primas	46
Liquidación y pago de las prestaciones	47
- Obligaciones del Tomador, Asegurado y Beneficiarios	47
- Plazos para el pago por parte del Asegurador	47
- Mora en el pago de la prestación	48
- Arbitraje en caso de falta de acuerdo	49
Comunicaciones	50
Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable	50
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	51
I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES	51
1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos	51
2. Riesgos excluidos	52
3. Extensión de la cobertura	53
II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	53
Teléfonos de interés	54
Notas	54

INFORMACIÓN LEGAL

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del 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 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 ALGUN ARO, S.A., con domicilio social en c/Capuchinos de Basurto, 6-2º. 48013 Bilbao, Bizkaia, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Bizkaia 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
Servicio de Atención al Cliente
Capuchinos de Basurto, 6 – 2º
48013 BILBAO
www.seguros lagunaro.com
atencioncliente@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.

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.

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.

FRACTURA DE HUESOS.

Fractura completa. Fractura que compromete al hueso en toda su circunferencia, de tal forma que en cualquier proyección radiográfica se ven lesionadas las dos corticales.

Figura. Fractura incompleta caracterizada por la existencia de una línea de fractura en la parte que recubre el hueso (cortical), sin provocar discontinuidad o separación entre los dos extremos óseos, de manera que no comporta movilidad anómala ni riesgo de mala consolidación.

Fractura complicada. Fractura en la que el hueso atraviesa la piel y es visible o cuando una herida profunda a través de la piel lo deja a la vista, o fractura en la que los fragmentos cortantes del hueso roto han dañado algún órgano (vasos sanguíneos, nervios, pulmones, médula espinal).

Fractura múltiple. Fractura simultánea de varios huesos o más de una fractura de forma simultánea en el mismo hueso.

Osteoporosis. Enfermedad del esqueleto caracterizada por un descenso de la masa ósea, con un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo y un aumento de la fragilidad de los huesos.

Fractura patológica. Fracturas que se producen como consecuencia de movimientos, gestos o traumatismos de baja intensidad o energía, en una área de debilidad del hueso por una anomalía pre-existente, normalmente cáncer o tumor, enfermedad de huesos de cristal, osteogenesis imperfecta u osteoporosis patológica (más allá de la fisiológica o propia de la edad).

Centro sanitario, clínica u hospital. 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.

Quemadura. Se entiende por tal la lesión de los tejidos orgánicos provocada por diversos factores externos que conducen a su destrucción parcial o total. Las quemaduras térmicas se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, vapor, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas, o con el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas. También existen las quemaduras químicas (líquidos y gases inflamables, sustancias corrosivas o causticas) y las quemaduras eléctricas por descarga.

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 de 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 del Asegurado, originado 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 el resto de garantías de la póliza 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.

Así mismo se pretende dar cobertura a las necesidades económicas que surgen tras sufrir un accidente: imposibilidad temporal de hacer vida normal, periodos de hospitalización, pruebas y tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, sesiones de rehabilitación, ...

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:



- **Enfermedades, 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 o agravamientos causados por **incumplimiento o desatención de las prescripciones médicas y/o tratamiento pautado.**
- Los accidentes que sobrevengan al Asegurado cuando se encuentre 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.**
- Los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en **pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.**
- La utilización, como **pasajeros o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros**, así como de **helicópteros** y la utilización como **tripulante de cualquier medio de navegación aérea.**

→ Tampoco se cubren las consecuencias de los hechos siguientes:

- Uso y conducción de ciclomotores o motocicletas.
- Uso y conducción de quads o minimotos.
- Práctica profesional de cualquier deporte, como jugador o en calidad de monitor, entrenador o preparador.
- Labores de guía, salvamento o rescate.
- Participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares y, en particular, la participación en pruebas ciclistas.
- Práctica de los siguientes deportes:
 - Automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades.
 - Senderismo/trekking en alta montaña (>3000 m. o siendo inferior si se requiere equipamiento específico).
 - Deportes de nieve (ski) en pistas libres no balizadas y/o en circuitos de alta montaña (> 3.000 m.) y/o en solitario
 - Deportes en ríos de montaña, descenso de cañones, cascadas, escalada, espeleología, puenting...
 - Deportes náuticos en general: Motonáutica, submarinismo con uso de pulmón artificial, surf, windsurf, navegación fuera de aguas jurisdiccionales españolas en embarcaciones o destinadas al transporte público de pasajeros....
 - Hípica.
 - Deportes de lucha en cualquiera de sus modalidades, boxeo, artes marciales...
 - Deportes aéreos en general, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero: Paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor....
 - Caza mayor, toreo y encierro e reses bravas.
 - En general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso



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:

FALLECIMIENTO	En caso de Accidente	Garantía de contratación OPCIONAL
FRACTURA DE HUESOS	En caso de Accidente	Garantía de contratación OBLIGATORIA
QUEMADURAS	En caso de Accidente	Garantía de contratación OBLIGATORIA
HOSPITALIZACION	En caso de Accidente	Garantía de contratación OBLIGATORIA
ADECUACION DE VIVIENDA	En caso de Accidente	Garantía de contratación OBLIGATORIA
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	En caso de Accidente	Garantía de contratación OBLIGATORIA

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

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 debido 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 cualquiera de las coberturas obligatorias 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.

GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Fractura de Huesos

Se cubren



En caso de que el Asegurado resulte afectado de una fractura de huesos **por 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 al tipo de fractura** según el Baremo y sus normas de aplicación, **aplicado sobre el capital asegurado** establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por **Fractura Accidental** aquella producida debido a la **acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del Asegurado** y que cause la fractura de forma inmediata.

La prestación se hará efectiva sólo en caso de que el Asegurado sobreviva más de 30 días tras el accidente.

Si con posterioridad a que la Entidad Aseguradora hubiera pagado una indemnización por esta cobertura 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.

A los efectos de este seguro se entiende por:

Fractura completa. Fractura que compromete al hueso en toda su circunferencia, de tal forma que en cualquier proyección radiográfica se ven lesionadas las dos corticales.

Fisura. Fractura incompleta caracterizada por la existencia de una línea de fractura en la parte que recubre el hueso (cortical), sin provocar discontinuidad o separación entre los dos extremos óseos, de manera que no comporta movilidad anómala ni riesgo de mala consolidación.

Fractura complicada. Fractura en la que el hueso atraviesa la piel y es visible o cuando una herida profunda a través de la piel lo deja a la vista, o fractura en la que los fragmentos cortantes del hueso roto han dañado algún órgano (vasos sanguíneos, nervios, pulmones, médula espinal).

Fractura múltiple. Fractura simultánea de varios huesos o más de una fractura de forma simultánea en el mismo hueso.

Osteoporosis. Enfermedad del esqueleto caracterizada por un descenso de la masa ósea, con un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo y un aumento de la fragilidad de los huesos.

Fractura patológica. Fracturas que se producen como consecuencia de movimientos, gestos o traumatismos de baja intensidad o energía, en una área de debilidad del hueso por una anormalidad pre-existente, normalmente cáncer o tumor, enfermedad de huesos de cristal, osteogenesis imperfecta u osteoporosis patológica (más allá de la fisiológica o propia de la edad).

Queda específicamente excluido de cobertura:

- La fisura o fractura ósea incompleta.
- La fractura patológica tal y como se ha definido anteriormente en las presentes Condiciones Generales de la póliza.
- La fractura por colapso o hundimiento no traumático propia de la osteoporosis patológica.

BAREMO

El importe de las indemnizaciones por esta garantía se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta garantía determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes de indemnización siguientes según el tipo de fractura:

AGRUPACIONES POR TIPO DE FRACTURA	PORCENTAJE DE INDEMNIZACION
Fractura de cráneo	100%
Fractura facial y mandibular	25%
Fractura nasal	10%
Fractura de columna vertebral:	
- Cervical.....	75%
- Dorsal.....	50%
- Lumbar.....	25%
- Sacro-cogsigea.....	25%
Fractura costo-esternal (clavícula, costillas, escapula-omóplato y esternón)	25%
Fracturas de extremidad superior (húmero, cúbito y radio)	25%
Fractura de mano (carpianos, metacarpianos y falanges)	10%
Fractura pélvica	50%
Fractura de rama pélvica y cotilo	25%
Fractura de cabeza o cuello femoral	75%
Fractura de extremidad inferior (fémur, rótula, tibia y peroné)	25%
Fractura de pie (tarsianos, metatarsianos y falanges)	10%

Normas de aplicación del Baremo

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

→ El límite máximo de indemnización anual para la garantía de Fractura de Huesos es el 100% del capital asegurado para esta garantía en las Condiciones Particulares, independientemente de que sea a consecuencia de una o de múltiples fracturas, y derivadas de uno o de varios siniestros.

→ En caso de fractura de más de un hueso en el mismo accidente se atenderá a las siguientes reglas en función de:

- Fractura de huesos situados dentro de la misma agrupación del baremo:
 - 100% de la prestación por el primer hueso
 - 50% de la prestación por el segundo hueso
 - 25% de la prestación por el tercer hueso
 - El cuarto hueso y siguientes no generan derecho a incrementos en la prestación
- Fractura de huesos situados en distinta agrupación del baremo:
 - 100% de la prestación del grupo con mayor valoración
 - 50% de la prestación siguiente con mayor valoración
 - 25% de la prestación del tercer con mayor valoración
 - El cuarto hueso y siguientes no generan derecho a incrementos en la prestación
- En caso de que se produjeran fracturas de huesos situados dentro de la misma agrupación y también en distinta se atenderán a las reglas anteriores, empezando por los huesos situados en agrupaciones de mayor valoración. En cualquier caso, no procederá indemnización a partir del cuarto hueso.

GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Quemaduras

Se cubren



En caso de que el Asegurado resulte afectado de quemaduras **por 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 al porcentaje de superficie corporal quemada** según el Baremo y sus normas de aplicación, **aplicado sobre el capital asegurado** establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por Quemadura **Accidental** aquella producida debido a la **acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del Asegurado** y que cause la quemadura de forma inmediata.

La prestación se hará efectiva sólo en caso de que el Asegurado sobreviva más de 30 días tras el accidente.

Si con posterioridad a que la Entidad Aseguradora hubiera pagado una indemnización por esta cobertura 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.

A los efectos de este seguro se entiende por Quemadura **Accidental** la **lesión de los tejidos orgánicos provocada por diversos factores externos que conducen a su destrucción parcial o total**. Las quemaduras térmicas se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, vapor, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas, o con el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas. También existen las quemaduras químicas (líquidos y gases inflamables, sustancias corrosivas o causticas) y las quemaduras eléctricas por descarga.

Quedan excluidas de cobertura las quemaduras de primer grado, que se limitan a la capa superficial de la piel epidermis, también denominadas eritema o epidérmicas, como son las quemaduras solares o aquellas derivadas de la exposición instantánea a otra forma de calor (plancha, líquidos calientes).

Así mismo, queda excluido de cobertura las quemaduras producidas por:

- Insolación, congelación y en general cualquier efecto de la temperatura atmosférica.
- Exposición al sol y por congelación.
- Energía, reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva, ya sea por consecuencia directa o indirecta.

BAREMO

El importe de las indemnizaciones por esta garantía se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta garantía determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes de indemnización siguientes según el porcentaje de superficie corporal en que se han sufrido quemaduras:

QUEMADURAS en	PORCENTAJE DE INDEMNIZACION
Más del 27% de la superficie corporal	100%
Más del 18% y hasta el 27% de la superficie corporal	75%
Más del 9% y hasta el 18% de la superficie corporal	50%
Más del 4,5% y hasta el 9% de la superficie corporal	25%
Mas del 1% y hasta el 4,5% de la superficie corporal	10%

Normas de aplicación del Baremo

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

→ El límite máximo de indemnización anual para la garantía de Quemaduras es el 100% del capital asegurado para esta garantía en las Condiciones Particulares, independientemente de que sea a consecuencia de una o de múltiples quemaduras, y derivadas de uno o de varios siniestros.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

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 60 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 60 días.

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



GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Adaptación de la vivienda

Se cubren



En caso de que el Asegurado **sufra lesiones graves o secuelas físicas como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza** y, debido a las mismas **resulte necesario la adaptación o reforma de su vivienda habitual** para promover **su autonomía y movilidad**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario los **costes derivados de dicha adaptación dentro de los límites que a continuación se establecen.**

El Asegurado deberá presentar informe médico que acredite la situación clínica y/o discapacidad funcional, permanente (secuelas) o por tiempo suficientemente prolongado, motivadores de problemas de movilidad y autonomía que aconsejen la adaptación o reforma de la vivienda habitual.

Se establecen las siguientes limitaciones al importe de la indemnización cubierta por esta garantía según el tipo de obra que resulte necesario realizar:

TIPO OBRA	MAXIMO IMPORTE DE INDEMNIZACION
Adaptación del baño:	
- Cambio de bañera por plato de ducha	hasta 2.300 euros
- Cambio de bañera por plato de ducha con mampara adaptada	hasta 2.800 euros
- Colocación de elementos de ayuda para la movilidad y autonomía	hasta 500 euros
Construcción de rampas para salvar desniveles	hasta 1.500 euros
Instalación de barandillas en pasillos o tramos de escaleras...	hasta 400 euros
Adaptación/Ensanchamiento de puertas de paso	hasta 1.000 euros

En todo caso, independientemente de lo expuesto anteriormente, se establece un límite máximo por accidente y anualidad de seguro de 6.000 euros.

Queda excluida de la cobertura de esta garantía la obtención de los permisos administrativos, aún cuando estos resulten necesarios para ejecutar la obra.

En el supuesto de que sea preciso la realización de obras de adaptación en zonas comunes del edificio donde se encuentre la vivienda habitual del Asegurado, la Entidad Aseguradora se hará cargo exclusivamente de la parte proporcional que corresponda al Asegurado de dichos elementos comunes.

En el supuesto de que el Asegurado reciba ayudas o subvenciones públicas para la realización de la misma tipología de obras, la Entidad Aseguradora descontará de la indemnización el importe al que asciendan las mismas.

Se ofrece al Asegurado la posibilidad de realizar dichas obras de adaptación o reforma de la vivienda, siempre que sean factibles y no afecten a la estructura del edificio, a través de la red de gremios y reparadores concertados de la Entidad Aseguradora, en cuyo caso, la propia Entidad procederá al abono directo del coste de los servicios autorizados.

Cuando el Asegurado decida realizar por su cuenta la obra civil se precisará acreditación de la misma mediante factura que detalle los trabajos realizados en su domicilio, así como el coste individualizado de los mismos. La Entidad Aseguradora procederá al reembolso del importe correspondiente a las obras autorizadas dentro de los límites establecidos para cada caso.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Asistencia para la Vida Diaria

Se cubren



En caso de que el Asegurado requiera de una **hospitalización de más de 48 horas o se encuentre inmovilizado en su domicilio durante más de 5 días por prescripción médica, a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza**, la Entidad Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado y su familia **un servicio de ayuda personal a través de asistentes cualificados** para atender las necesidades que requiera en relación a las **funciones de la vida diaria**.

La **asignación de servicios** de entre los ofrecidos por esta garantía así como el **número de horas de prestación** de cada uno de ellos, **se establecerá en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del Asegurado**, en función de aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las **labores** básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado y número de miembros dependientes en la unidad familiar. Para realizar dicha valoración se podrá solicitar al Asegurado los **informes y pruebas médicas** que se le hayan realizado.

Los **servicios incluidos en la prestación y, que a continuación se describen, en ningún caso se aplicarán en sustitución de los servicios públicos, especialmente en ayudas de urgencia.**

• **Auxiliar a domicilio.**

Incluye la gestión de búsqueda y envío así como el coste de un auxiliar de ayuda a domicilio para apoyar al Asegurado con las tareas básicas del hogar como:

- Limpieza o ayuda en la limpieza de la vivienda.
- Preparación de alimentos en el hogar.
- Lavado, planchado, repaso y organización de la ropa dentro del hogar.
- Adquisición de alimentos y realización de otras compras de artículos de primera necesidad por cuenta del Asegurado, debiendo su coste ser abonado por anticipado.

Se establece un **límite máximo de prestación de 30 horas por anualidad de seguro**, a razón de un **mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día**. Estas horas serán distribuidas **durante un periodo máximo de un mes**.

- **Asistencia personal.**

Incluye la organización, localización, envío y coste de un auxiliar de asistencia y ayuda personal para la atención al Asegurado, al margen de las tareas domésticas, cuando éste precise de cuidados de carácter personal como:

- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño
- Ayuda personal para el vestido, calzado y la alimentación
- Transferencias, traslados y movilización dentro del hogar
- Ayuda para la ingestión de alimentos
- Ayuda en la toma de medicación prescrita por el centro de salud
- Cuidados básico a personas incontinentes
- Fomento de hábitos de higiene y orden

Este servicio no incluye prestaciones de personal sanitario en el domicilio tales como Enfermería, ATS, Especialidades Médicas, Fisioterapia, Rehabilitación, Ergoterapia, etc.

Se establece un límite máximo de prestación de 30 horas por anualidad de seguro, a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día. Estas horas serán distribuidas durante un periodo máximo de un mes.

- **Fisioterapia a domicilio.**

Incluye la organización, localización, envío y coste de un fisioterapeuta a domicilio del Asegurado para las terapias que hayan sido prescritas por su médico.

Se establece un límite máximo de prestación de 20 horas/sesiones.

- **Noches tranquilas.**

Incluye la organización, localización, envío y coste de un auxiliar especializado que acompañará al asegurado durante las noches de hospitalización, siempre y cuando el ingreso supere las 48 horas.

Se establece un límite máximo de prestación de 8 horas por noche y hasta un máximo de 3 noches por anualidad de seguro.

- **Desplazamiento de un familiar para el acompañamiento del Asegurado hospitalizado.**

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y la duración de su ingreso se prevea superior a 4 días, no contando con ningún otro acompañante, se pondrá a disposición de un familiar o persona designada por el Asegurado un billete de ida y vuelta en el medio de transporte que se considere más adecuado, a fin de que pueda acudir a su lado.

- Gastos de alojamiento de un familiar para el acompañamiento del Asegurado hospitalizado.

Incluye los gastos de alojamiento y desayuno en un hotel, del familiar o persona designada por el Asegurado desplazada para el acompañamiento del mismo, mientras éste se encuentre hospitalizado.

Este servicio se prestará por un máximo de 2 días por anualidad de seguro y hasta un importe máximo de 60 euros al día, siendo el resto de días a su cargo a tarifas concertadas.

- Acompañamiento a cita médica.

Incluye la búsqueda y coste de un profesional auxiliar que acompañará al Asegurado a sus citas médicas en un radio de 20 km desde su domicilio, poniendo a su disposición un servicio de taxi para la ida y la vuelta.

Se establece un máximo para el uso de este servicio de 3 veces por anualidad.

- Envío de Medicamentos.

Incluye la búsqueda y envío de los medicamentos prescritos al Asegurado, hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado.

El coste del medicamento queda excluido de la prestación y tendrá que ser abonado por el asegurado a la entrega del mismo.

Se establece un máximo de 3 distribuciones al mes.

- Transmisión de mensajes urgentes.

Incluye la transmisión a familiares o personas designadas de los mensajes urgentes que solicite el Asegurado.

- Cuidado de los animales domésticos de compañía.

Incluye la gestión y el coste del transporte y alojamiento de los animales domésticos de compañía (perros y gatos) del Asegurado.

Se establece un máximo de un mes por anualidad de seguro para la prestación de este servicio.

La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a modificar o cancelar, en cualquier momento, alguno o la totalidad de los servicios que integran esta garantía, mediante la notificación previa de los términos y condiciones de prestación de los mismos.

A cargo de esta garantía no se sufragarán aquellos gastos derivados de la prestación de servicios que el Asegurado haya incurrido por iniciativa propia.

Si el comportamiento del Asegurado o, en su caso, de los beneficiarios de los servicios, resultase abusivo o doloso, podrá reclamarse el reembolso de una parte o de la totalidad de los gastos ocasionados como consecuencia de dicho comportamiento.

El ámbito territorial de los servicios es de aplicación en España aún cuando las situaciones descritas se hubieran originado en el extranjero.

En el supuesto de que el Asegurado esté interesado en continuar con alguno de los servicios prestados en esta garantía fuera de los límites señalados en cada uno, deberá contratar directamente con la empresa prestataria de los mismos, siendo su coste a cargo del Asegurado.

ACCESO AL SERVICIO

Llamando al teléfono 944 94 74 28 en horario ininterrumpido 24 horas, todos los días de la semana (incluidos festivos).

Ejemplo 1

El Tomador/Asegurado contrata una póliza de seguro Accidentes Super LK con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	Por Accidente	20.000 euros
FRACTURA DE HUESOS	Por Accidente	Según Baremo hasta 7.500 euros
QUEMADURAS	Por Accidente	Según Baremo hasta 7.500 euros
HOSPITALIZACION	Por Accidente	30 euros día (máx. 60 días)
ADECUACION DE VIVIENDA	Por Accidente	Hasta 6.000 euros
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Por Accidente	Incluida

El Asegurado resbala paseando por la calle cayendo hacia atrás y fracturándose las vertebrae dorsal D12 y lumbar L1.

Acude a urgencias y tras 24 horas de ingreso hospitalario se descarta cirugía, prescribiéndole encamamiento domiciliario durante tres semanas y posterior tratamiento ortopédico mediante colocación de corsé que debe llevar durante 3 meses. Una vez retirado dicho corsé, realiza un proceso de rehabilitación y trascurridos 2 meses se le da el alta médica.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de accidentes contratado:

FALLECIMIENTO	0
FRACTURA DE HUESOS	En total 4.687,5 € por: <ul style="list-style-type: none"> - Fractura Vertebra dorsal D12 = =100%*50%*7.500€ = 3.750 € - Fractura Vertebra lumbar L1 = =50%*25%*7.500€ = 937,5 €
QUEMADURAS	0
HOSPITALIZACION	0 (el ingreso no supera las 48 horas)
ADECUACION DE VIVIENDA	0
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Incluida la prestación del servicio según necesidades, dentro de los límites establecidos
IMPORTE TOTAL PRESTACION	4.687,50 €

Independientemente del cobro de dicha prestación, la póliza y sus garantías se mantienen en vigor, sin modificación alguna en la prima del seguro ni en las condiciones de aseguramiento.

Ejemplo 2

El Tomador/Asegurado contrata una póliza de seguro Accidentes Super LK con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FRACTURA DE HUESOS	Por Accidente	Según Baremo hasta 5.000 euros
QUEMADURAS	Por Accidente	Según Baremo hasta 5.000 euros
HOSPITALIZACION	Por Accidente	25 euros día (máx. 60 días)
ADECUACION DE VIVIENDA	Por Accidente	Hasta 6.000 euros
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Por Accidente	Incluida

El Asegurado se cae de la bicicleta con resultado de fractura compleja de hombro (húmero, escápula y clavícula) que requiere de intervención quirúrgica para colocación de material de osteosíntesis (placa atornillada en la clavícula y agujas en la parte alta del húmero). Tras 8 días hospitalizado, le inmovilizan el hombro con un sling durante mes y medio, plazo tras el cual le retiran las agujas sin ser necesario ingreso hospitalaria. Tras 3 meses en rehabilitación recibe el alta médica.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de accidentes contratado:

FRACTURA DE HUESOS	<p>En total 2.187,5 € por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fractura Húmero = $100\% * 25\% * 5.000€ = 1.250 €$ - Fractura Escápula = $50\% * 25\% * 5.000€ = 625 €$ - Fractura Clavícula = $25\% * 25\% * 5.000€ = 312,5 €$
QUEMADURAS	0
HOSPITALIZACION	8 días * 25 €/día = 200 €
ADECUACION DE VIVIENDA	0
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Incluida la prestación del servicio según necesidades, dentro de los límites establecidos
IMPORTE TOTAL PRESTACION	2.387,50 €

Independientemente del cobro de dicha prestación, la póliza y sus garantías se mantienen en vigor, sin modificación alguna en la prima del seguro ni en las condiciones de aseguramiento.

Ejemplo 3

El Tomador/Asegurado contrata una póliza de seguro Accidentes Super LK con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	Por Accidente	30.000 euros
FRACTURA DE HUESOS	Por Accidente	Según Baremo hasta 10.000 euros
QUEMADURAS	Por Accidente	Según Baremo hasta 10.000 euros
HOSPITALIZACION	Por Accidente	35 euros día (máx. 60 días)
ADECUACION DE VIVIENDA	Por Accidente	Hasta 6.000 euros
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Por Accidente	Incluida

El Asegurado es atropellado en la calzada por un automóvil. Como resultado del impacto se fractura la meseta tibial y el peroné, al golpearse contra el parabrisas se fractura dos costillas y al caer al suelo sufre un traumatismo craneal sin fractura. Requiere intervención quirúrgica para colocación de material de osteosíntesis (placa atornillada en la meseta tibial) permaneciendo hospitalizado tres semanas. Durante los dos meses y medio posteriores debe mantener reposo ayudándose de dos muletas o silla de ruedas. Transcurrido este plazo debe mantener apoyo parcial con ayuda de una muleta durante otros dos meses. Recupera la movilidad tras otros tres meses de rehabilitación.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de accidentes contratado:

FALLECIMIENTO	0
FRACTURA DE HUESOS	<p>En total 4.375 € por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fractura Tibia = $100\% \cdot 25\% \cdot 10.000\text{€} = 2.500\text{€}$ -Fractura Peroné = $50\% \cdot 25\% \cdot 10.000\text{€} = 1.250\text{€}$ -Fractura Costilla = $25\% \cdot 25\% \cdot 10.000\text{€} = 625\text{€}$
QUEMADURAS	0
HOSPITALIZACION	21 días * 35 €/día = 735 €
ADECUACION DE VIVIENDA	Adaptación baño (hasta 2.800 €): cambio bañera por plato de ducha y colocación elementos ayuda movilidad y apoyo.
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Incluida la prestación del servicio según necesidades, dentro de los límites establecidos
IMPORTE TOTAL PRESTACION	7.910 €

Independientemente del cobro de dicha prestación, la póliza y sus garantías se mantienen en vigor, sin modificación alguna en la prima del seguro ni en las condiciones de aseguramiento.

Ejemplo 4

El Tomador/Asegurado contrata una póliza de seguro Accidentes Super LK con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FRACTURA DE HUESOS	Por Accidente	Según Baremo hasta 10.000 euros
QUEMADURAS	Por Accidente	Según Baremo hasta 10.000 euros
HOSPITALIZACION	Por Accidente	35 euros día (máx. 60 días)
ADECUACION DE VIVIENDA	Por Accidente	Hasta 6.000 euros
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Por Accidente	Incluida

El Asegurado se cae en el supermercado al pisar suelo resbaladizo. Como resultado de la caída sufre daños en la cadera: fractura de cabeza de fémur y de cotilo, precisando de ingreso hospitalario para intervención quirúrgica en que le colocan prótesis de cadera. Permanece hospitalizado cuatro semanas tras lo cual debe utilizar dos muletas durante tres meses y por un periodo de otro mes una muleta. Tras retirar el apoyo de la muleta esta convaleciente por otro periodo de tres meses.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de accidentes contratado:

FRACTURA DE HUESOS	<p>En total 8.750 € por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fractura Cabeza Fémur = $100\% \cdot 75\% \cdot 10.000\text{€} = 7.500\text{€}$ -Fractura Cotilo = $50\% \cdot 25\% \cdot 10.000\text{€} = 1.250\text{€}$
QUEMADURAS	0
HOSPITALIZACION	28 días * 35 €/día = 980 €
ADECUACION DE VIVIENDA	Adaptación baño (hasta 2.800 €): cambio bañera por plato de ducha y colocación elementos ayuda movilidad y apoyo.
ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	Incluida la prestación del servicio según necesidades, dentro de los límites establecidos
IMPORTE TOTAL PRESTACION	12.530 €

Independientemente del cobro de dicha prestación, la póliza y sus garantías se mantienen en vigor, sin modificación alguna en la prima del seguro ni en las condiciones de aseguramiento.

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.

COMO PROCEDER EN CASO DE FRACTURA DE HUESOS O QUEMADURAS DEL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se vea afectado por fracturas de huesos o quemaduras a causa de un accidente cubierto por la póliza, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente 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 Entidad Aseguradora, debiendo ser cumplimentado en todos sus apartados.
- **Informe médico de la primera asistencia recibida.**
- **Informe médico** que detalle las **causas, naturaleza y circunstancias** de las fracturas o quemaduras sufridas por el Asegurado.
- **Antecedentes de salud, 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 han producido.

COMO 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 siguiente 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 han producido.

COMO PROCEDER EN CASO DE ADAPTACION DE VIVIENDA

En caso de que al Asegurado sufra secuelas físicas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y, debido a las mismas resulte necesario la reforma o adaptación de su vivienda habitual, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Informe médico que acredite la situación clínica y/o discapacidad funcional, permanente (secuelas) o por tiempo suficientemente prolongado, motivadores de problemas de movilidad y autonomía que aconsejen la adaptación o reforma de la vivienda habitual, 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.
- Cuando el Asegurado decida realizar por su cuenta la obra civil, se precisarán **Facturas** que justifiquen la realización de **obras de reforma o adaptación realizadas en el domicilio del Asegurado**, para mejorar su movilidad y autonomía, **detallando los trabajos realizados** así como **el coste individualizado de los mismos.**
- Dependiendo de la naturaleza y características del accidente, puede requerirse adicionalmente **atestado o diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo han producido.

COMO PROCEDER EN CASO DE ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA

En caso de que al Asegurado requiera de una **hospitalización de más de 48 horas** o se encuentre **inmovilizado en su domicilio durante más de 5 días por prescripción médica**, a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, **llamando al teléfono 944 94 74 28 en horario ininterrumpido 24 horas, cualquier día de la semana (festivos incluidos)**.

La Compañía Aseguradora podrá requerir:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Informe médico** que detalle las **causas y circunstancias que justifican la hospitalización o inmovilización domiciliaria** del Asegurado, la **incapacitación funcional y el tiempo previsto**, 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 han producido.

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.

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 se contrata por años renovables, siendo 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.

Límites a la duración del seguro

El plazo de duración de la póliza y de todas sus garantías tendrá como límite la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla los 85 años de edad, en cuyo final el contrato quedará automáticamente extinguido.

Límites en la edad de admisión

La edad mínima del Asegurado para la contratación de la póliza se establece en 55 años y la máxima en 75 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.

→ 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 las garantías y capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **excluyendo o reduciendo** los mismos, dentro de las opciones de garantías y módulos de capital ofertados por la póliza, 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 rescindirse la póliza a partir de dicho vencimiento.**

→ Si el Tomador desea modificar las garantías y capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **incluyendo o aumentando** los mismos, dentro de las opciones de garantías y módulos de capital ofertados por la póliza, 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 e 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 e 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 lograra 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 (900 222 665 ó 952 367 042).

A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.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 944 94 74 28

Notas

AUTOMÓVIL

HOGAR

AHORRO PREVISIÓN

VIDA

ACCIDENTES

SALUD

NEGOCIO

BAJA DIARIA