

| **VIDA MUJER**



LAGUN ARO

Seguro de Vida Lagun Aro Vida Mujer

Condiciones Generales

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL	07
DONDE RECLAMAR	07
DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO DE VIDA	08
OBJETO DEL SEGURO DE VIDA	12
EXCLUSIONES GENERALES	13
CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS	15
GARANTIA PRINCIPAL DE OBLIGADA CONTRATACION	17
Fallecimiento	17
CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	18
Fallecimiento en caso de accidente	18
Fallecimiento en caso de accidente de circulación	18
GARANTIAS COMPLEMENTARIAS	20
Condiciones comunes	20
Cáncer Femenino	22
Gran Invalidez	25
Invalidez Permanente Absoluta	26
CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	27
Invalidez Permanente Absoluta en caso de Accidente	27
Invalidez Permanente Absoluta en caso de Accidente de Circulación	28
Invalidez Permanente Total (Profesional)	32
CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	33
Invalidez Permanente Total (Profesional) en caso de Accidente	33
Invalidez Permanente Total (Profesional) en caso de Accidente de Circulación	34
Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente	38
CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	44
Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente de Circulación	44

Baja Laboral en caso de Accidente	45
Indemnización por Hospitalización en caso de Accidente	48
Reembolso de Gastos Sanitarios en caso de Accidente	50
COMO PROCEDER EN CASO DE:	
FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	56
DIAGNOSTICO DE CANCER FEMENINO AL ASEGURADO	57
GRAN INVALIDEZ, INVALIDEZ PERMANENTE, ABSOLUTA O TOTAL (PROFESIONAL) DEL ASEGURADO	58
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA EN CASO DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO	59
BAJA LABORAL EN CASO DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO	60
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACION EN CASO DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO	61
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS EN CASO DE ACCIDENTE DEL ASEGURADO	62
NORMATIVA BASICA DE LA POLIZA	63
Bases de la póliza	63
Limites en la edad de admisión	64
Comienzo del seguro	64
Duración del seguro	64
Limites a la duración del seguro	64
Condiciones para la rescisión del contrato	64
Indisputabilidad	65
Limites del Contrato	66
Error en la edad del Asegurado	66
Modificación de garantías y capitales asegurados	66
Designación y modificación de Beneficiarios	67
Cesión o pignoración de la póliza	67
Extravío o destrucción de la póliza	67
Las primas del seguro	68
- Importe y forma de pago	68
- Fraccionamiento de la prima anual	68

- Plazo de Gracia	68
- Duración del pago de primas	69
- Lugar de pago de las primas	69
Liquidación y pago de las prestaciones	70
- Obligaciones del Tomador, del Asegurado o los Beneficiarios	70
- Plazos para el pago por parte del Asegurador	70
- Mora en el pago de la prestación	71
- Arbitraje en caso de falta de acuerdo	72
Comunicaciones	73
Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable	73
CLAUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	74
I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES	74
1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos	74
2. Riesgos excluidos	75
3. Extensión de la cobertura	76
II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	76
Teléfonos de interés	77
Notas	78

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 ALGUN ARO VIDA, 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 BI-186 de Sociedades, Folio 42, Hoja 16.779, Inscripción 1ª - C.I.F.: A-20182705.

Puede consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad en www.seguroslagunaro.com/informacioncorporativa.

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 Vida, S.A.
- Servicio de Atención al Cliente
- Capuchinos de Basurto, 6 – 2º
- 48013 Bilbao
- www.seguroslagunaro.com
- atencioncliente@seguroslagunaro.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 Vida, 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

Entidad Aseguradora. Seguros LAGUN ARO VIDA, 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.

Reconocimiento Médico. En algunos supuestos, en función de la edad del candidato a seguro y del capital asegurado solicitado, la Entidad Aseguradora, también de forma previa a la contratación de la póliza, podrá solicitar la realización de determinadas pruebas médicas, las cuales correrán en todo caso a cargo de la misma, y cuyos resultados serán trasladados a la persona reconocida.

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.

Edad actuarial del Asegurado. La edad correspondiente al cumpleaños más próximo a la fecha de efecto del contrato, por exceso o por defecto.

Duración. La póliza se contrata por años renovables, por lo que la duración es 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.

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

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

En cada renovación anual se recalculará la prima, teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado y el capital asegurado que corresponda en la fecha de renovación. La tarifa de primas anuales por cada mil euros de capital asegurado se establece como anexo en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 ó 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.

Accidente de Circulación. Lesión corporal que deriva de un accidente producido como:

- Peatón y causado por un vehículo u aparato susceptible de transportar personas.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre u aparato terrestre susceptible de transportar personas.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

Plazo de carencia. Plazo establecido desde la fecha de efecto de la póliza, durante el cual en caso de producirse el siniestro no se atenderá a la posible reclamación por considerar las garantías de la póliza sin efecto, una vez haya transcurrido el plazo de carencia la cobertura de las garantías de la póliza se extenderá hasta la fecha fijada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Exclusivamente se establece un plazo de carencia de tres meses para la cobertura de Cáncer Femenino.

Baremo. Se entiende por Baremo la relación de daños o secuelas sufridas por causa accidental a las que se asigna un valor en porcentaje aplicable sobre el capital asegurado de la invalidez permanente contratada.

Secuela. Se entiende por secuela el daño estable, definitivo e irreversible.

Franquicia. Exclusivamente para la garantía de **Baja Laboral en caso de Accidente**, se entiende por franquicia el periodo de tiempo inicial durante el cual no se devengará el importe diario de capital asegurado contratado en caso de accidente cubierto por la póliza. El periodo de franquicia se computará desde la fecha de baja del Asegurado y, una vez finalizado el mismo, comenzará el devengo del subsidio diario contratado hasta la fecha de alta médica ó hasta que expire el plazo máximo de 365 días (incluido el periodo de franquicia) a contar desde la fecha del accidente.

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 VIDA



Qué engloba:

El objeto de este contrato es la cobertura, por parte de la Entidad Aseguradora, de riesgos sobre la vida y/o la integridad física o el estado de salud de la persona asegurada, 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, la invalidez permanente o la enfermedad grave del Asegurado, originados por, enfermedad o 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 las garantías de cáncer y/o de invalidez también se pretende dotar de medios económicos que posibiliten mejorar la calidad de vida del Asegurado o incluso su curación mediante tratamientos médico-quirúrgicos o rehabilitadores.

Mediante las garantías de Baja Laboral, Indemnización por Hospitalización y/o Reembolso de Gastos Sanitarios se pretende dar cobertura a las necesidades económicas que surgen tras sufrir un accidente: imposibilidad temporal de trabajar, periodos de hospitalización, pruebas y tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, sesiones de rehabilitación, ...

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.**
- **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>>.
- **Tampoco se cubren, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares de la póliza y se abone la correspondiente sobreprima, las consecuencias de los hechos siguientes:**
 - El uso y conducción de ciclomotores o motocicletas
 - La práctica de los siguientes deportes:
 - **Automovilismo y motociclismo** en cualquiera de sus modalidades, así como el uso y conducción de **quad y minimotos.**
 - **Montañismo**, entendido como **ascensión a cimas superiores a 3.000 metros o siendo inferiores que requieran de equipamiento específico.**
 - **Deportes en ríos de montaña, escalada, espeleología, esquí y otros deportes de invierno.**

- Cicloturismo, ciclismo y mountainbike.
 - Motonáutica, submarinismo con uso de pulmón artificial, surf, windsurf, navegación fuera de aguas jurisdiccionales españolas en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros.
 - Hocquey, hípica.
 - Boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales.
 - Paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor.
 - Toreo y encierro e reses bravas.
 - En general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso
- 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**.

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> <p>Anticipo de 3.000 euros de forma inmediata y sin trámites para hacer frente a los gastos derivados del fallecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Enfermedad • En caso de Accidente • En caso de Accidente de Circulación 	<p>Esta garantía actúa como principal respecto de las demás, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.</p> <p>Complementariamente y de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.</p>
<p>CANCER FEMENINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipo de Capital 	<p>Garantía Complementaria de contratación obligatoria.</p>
<p>GRAN INVALIDEZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Enfermedad o Accidente 	<p>Garantía Complementaria de contratación obligatoria. Para ser contratada es preciso fijar un capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.</p>
<p>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Enfermedad • En caso de Accidente • En caso de Accidente de Circulación 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional y excluyente con la garantía de Gran Invalidez.</p> <p>Para ser contratada es preciso fijar un capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.</p> <p>Complementariamente y también de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.</p>

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (PROFESIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Enfermedad • En caso de Accidente • En caso de Accidente de Circulación 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional y excluyente con la garantía de Invalidez Permanente Absoluta.</p> <p>Para ser contratada es preciso fijar un capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.</p> <p>Complementariamente y también de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.</p>
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL S/BAREMO Y ABSOLUTA	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente • En caso de Accidente de Circulación 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional, habiendo contratado previamente la garantía de Invalidez Permanente Absoluta ó la garantía de Invalidez Permanente Total (Profesional).</p> <p>Complementariamente y de forma opcional, se podrá aumentar el importe de capital asegurado para el supuesto de accidente de circulación.</p>
BAJA LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional.</p>
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional.</p>
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de Accidente 	<p>Garantía Complementaria de contratación opcional.</p>

GARANTÍA PRINCIPAL DE OBLIGADA CONTRATACIÓN

Fallecimiento

Se cubren

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

La Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer **3.000 euros con carácter inmediato y sin necesidad de ningún trámite**, en la cuenta bancaria del Tomador establecida para el cobro de las primas en las Condiciones Particulares de la póliza, en calidad de **anticipo sobre el capital asegurado establecido para la garantía principal de fallecimiento**.

Esta garantía actúa como principal respecto de las demás, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.

Complementariamente y de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza,

→ **El suicidio durante el primer año** de vigencia del Contrato de Seguro. A estos efectos, se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

Transcurrido este plazo de un año se cubre el mencionado riesgo de suicidio.

CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Fallecimiento en caso de Accidente

Se cubren

→ En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente que para el caso de enfermedad** y el Asegurado fallezca en un accidente cubierto por la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas 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.**

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.

Fallecimiento en caso de Accidente de Circulación

Se cubren

→ En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente de circulación que para el caso de accidente** y el Asegurado fallezca en un accidente de circulación cubierto por la póliza, inmediatamente ó **en el plazo de 365 días siguientes al día en que ocurrió**, en cualquier lugar del mundo, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de capital asegurado designado en las Condiciones Particulares para el caso de fallecimiento en caso de accidente de circulación no es acumulable al señalado para esta misma garantía en caso de accidente.

A los efectos de este seguro se entiende por Fallecimiento por Accidente de Circulación cuando el fallecimiento del Asegurado se produce como:

- Peatón y causado por un vehículo u aparato susceptible de transportar personas.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre u aparato terrestre susceptible de transportar personas.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

No se cubren



Adicionalmente a las **exclusiones generales** de la póliza, son de aplicación las siguientes **exclusiones particulares** sobre el importe de capital asegurado en **caso de accidente y en caso de accidente de circulación** que excede al contratado en caso de enfermedad:

- 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.
- 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 ó 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.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

Condiciones comunes

Las primas de las garantías complementarias, en caso de contratarse, vencerán en la misma fecha que la de la garantía principal y obligatoria de Fallecimiento.

La duración de las garantías complementarias contratadas 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**, a excepción de la garantía complementaria de **Gran Invalidez** que se anulará **junto con la póliza** cuando el Asegurado cumpla los **70 años** de edad.
- Por **pago del capital asegurado** garantizado en dicha garantía complementaria.
- Por **pago del capital asegurado** garantizado en la **garantía complementaria de Cáncer Femenino**, siendo este igual al del resto de garantías.

No se cubren



Adicionalmente a las **exclusiones generales** de la póliza, son de aplicación a todas las garantías complementarias, tanto de contratación obligatoria como opcional, las siguientes **exclusiones particulares**:

- Las enfermedades ó accidentes causadas **voluntariamente por el Asegurado**.
- Las enfermedades ó su agravamiento causadas por **incumplimiento o desatención de las prescripciones médicas y/o tratamiento pautado**.
- Los accidentes o enfermedades 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.
- 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 ó 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.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Cáncer Femenino

Se cubren

En caso de que al Asegurado se le diagnostique algún Cáncer Femenino objeto de cobertura, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Se considera como Cáncer Femenino, a los efectos de este seguro, todo **tumor maligno que se origina en cualquiera de los siguientes lugares: cérvix uterino o cuello uterino, cuerpo uterino o útero, ovarios, trompas de Falopio, vulva o mamas**. El **coriocarcinoma de la placenta**, también está cubierto.

El cáncer femenino debe ser **maligno y caracterizado por el crecimiento descontrolado y diseminación de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal**.

El diagnóstico debe estar confirmado por un informe histopatológico válido y un informe de un especialista colegiado.

Debido a los continuos avances en los tratamientos médicos y en las técnicas de diagnóstico, puede hacerse necesario revisar las definiciones contempladas en su póliza para garantizar que las mismas en un futuro se mantienen apropiadas respecto a la terminología y clasificación médica, y tienen en cuenta tratamientos, vacunas efectivas y procedimientos modernos de diagnóstico. Por lo tanto, la Entidad Aseguradora se reserva el derecho de poder cambiar o ajustar dichas definiciones, siempre afectando los cambios a nivel general a todas las pólizas de la misma naturaleza, y nunca a título individual. Dichos cambios de producirse, serán comunicados al Tomador con dos meses de antelación a la renovación de la póliza, el cual podrá oponerse si no estuviera conforme con los mismos.

Exclusivamente a los efectos de esta garantía, se establece un periodo de **carencia de 90 días a partir de la fecha de efecto** que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, dentro del cual **no existirá cobertura**. Quedan así mismo **excluidos de cobertura, todos los cánceres que sean una recurrencia o metástasis de un tumor que primeramente sucedió antes de la fecha de efecto de la póliza o dentro del periodo de carencia de 90 días estipulado**.

El pago que se efectúe en virtud de esta garantía, tras la correspondiente comprobación y aceptación por la Compañía, determina la extinción de la misma, quedando reducido el capital asegurado del resto de garantías contratadas, principal y complementarias, en cuantía igual al capital asegurado de la garantía de Cáncer Femenino.

En el supuesto de que el capital asegurado de esta garantía sea igual al de la garantía principal de Fallecimiento, el pago que se efectúe en virtud de esta garantía determina la extinción de la póliza.

No se cubren



Adicionalmente a las **exclusiones generales** de la póliza y a las aplicables a la totalidad de las **garantías complementarias contratadas**, para la garantía complementaria de Cáncer Femenino son de aplicación las siguientes **exclusiones particulares**:

- Todos los tumores que histológicamente sean descritos como benignos, premalignos, malignos dudosos o en el límite, potencialmente poco malignos, no invasivos o cualquier grado de displasia.
- Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ.
- La neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- El lunar hidatidiforme.

Ejemplo

1.a) El Tomador contrata una póliza con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad ó Accidente	60.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
GRAN INVALIDEZ	En caso de Enfermedad ó Accidente	60.000 €

En el supuesto de que al Asegurado se le diagnostique un Cáncer Femenino cubierto por la póliza, tras el pago de la prestación correspondiente de 60.000 €, **la póliza quedará anulada y sus garantías sin efecto alguno.**

1.b) El Tomador contrata una póliza con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	150.000 €
	En caso de Accidente	300.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	450.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	100.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad	150.000 €
	En caso de Accidente	300.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	450.000 €

En el supuesto de que al Asegurado se le diagnostique un Cáncer Femenino cubierto por la póliza, tras el pago de la prestación correspondiente de 100.000 €, las garantías y capitales asegurados de la póliza quedarán reducidos de la siguiente forma:

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	50.000 €
	En caso de Accidente	100.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	150.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad	50.000 €
	En caso de Accidente	100.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	150.000 €

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Gran Invalidez

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y el Asegurado resulte afectado por una Gran Invalidez, **por enfermedad ó accidente y en cualquier lugar**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Para la contratación de esta modalidad de seguro es obligatorio contratar al menos una garantía de invalidez permanente, siendo ésta de Gran Invalidez la mínima obligatoria.

Para la contratación de esta garantía es preciso establecer un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.

A los efectos de este seguro se entiende por Gran Invalidez como la situación física e irreversible provocada **por accidente o enfermedad**, originados independientemente de la voluntad del asegurado y que, **por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales**, implique la **necesidad de asistencia por otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos**.

El pago que se efectúe en virtud de esta garantía complementaria, **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**.

Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Invalidez Permanente Absoluta

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta, **por enfermedad ó accidente** y en **cualquier lugar**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Esta garantía complementaria no puede ser contratada conjuntamente con la garantía anterior también complementaria de **Gran Invalidez**.

Para la contratación de esta garantía es preciso establecer un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.

Complementariamente y de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Absoluta la **situación física irreversible** provocada por accidente o enfermedad **originada independientemente de la voluntad del Asegurado** y determinante de la **total ineptitud** de éste **para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.**

El pago de la prestación por la garantía complementaria de Invalidez Permanente 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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Invalidez Permanente Absoluta en caso de Accidente

Se cubren



En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente que para el caso de enfermedad** y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta a causa de un accidente cubierto por la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Absoluta en caso de Accidente, la **situación física irreversible, producida por una lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del Asegurado y determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional, considerando que tal lesión causa la invalidez dentro de los 18 meses siguientes a partir de la fecha en que se sufrió.**

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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las **exclusiones particulares** establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Invalidez Permanente Absoluta en caso de Accidente de Circulación

Se cubren



En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente de circulación que para el caso de accidente** y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de capital asegurado designado en las Condiciones Particulares para el caso de Invalidez Permanente Absoluta en caso de accidente de circulación no es acumulable al señalado para esta misma garantía en caso de accidente.

A los efectos de este seguro se entiende que un accidente es de circulación cuando se produce como:

- Peatón y causado por un vehículo u aparato susceptible de transportar personas.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre u aparato terrestre susceptible de transportar personas.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

Ejemplo

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €

→ **1.a.** En el supuesto de que al 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 **180.000 €**.

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

→ **1.b.** En el supuesto de que al Asegurado fallezca a resultas de un accidente laboral ajeno a la circulación no excluido de la cobertura de la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **120.000 €**.

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

→ **1.c.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite de forma permanente la realización de los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer,...) a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **180.000 €**.

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

→ **1.d.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual a causa de un accidente de circulación, **no corresponderá prestación alguna**.

La póliza y todas sus garantías mantendrán su vigencia en las mismas condiciones.

Ejemplo

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
GRAN INVALIDEZ	En caso de Enfermedad o Accidente	60.000 €

→ **2.a.** En el supuesto de que al 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, **no corresponderá prestación alguna.**

La póliza y todas sus garantías mantendrán su vigencia en las mismas condiciones.

→ **2.b.** En el supuesto de que al Asegurado fallezca a resultas de un accidente de circulación no excluido de la cobertura de la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **120.000 €.**

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

→ **2.c.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite de forma permanente la realización de los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer,...) a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **60.000 €.**

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

→ **2.d.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual a causa de un accidente de circulación, **no corresponderá prestación alguna.**

La póliza y todas sus garantías mantendrán su vigencia en las mismas condiciones.



GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Invalidez Permanente Total (profesional)

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Total (Profesional), **por enfermedad ó accidente y en cualquier lugar**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Esta garantía complementaria no puede ser contratada conjuntamente con la garantía anterior también complementaria de **Invalidez Permanente Absoluta**.

Para la contratación de esta garantía es preciso establecer un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.

Complementariamente y de forma opcional, se podrán aumentar los importes de capital asegurado para los supuestos de accidente y accidente de circulación.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Total (Profesional) la **situación física irreversible** provocada por accidente o enfermedad **originada independientemente de la voluntad del Asegurado** y determinante de la **ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual expresamente declarada en la póliza o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.**

El pago de la prestación por la garantía complementaria de Invalidez Permanente Total (Profesional), 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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Invalidez Permanente Total (Profesional) en caso de Accidente

Se cubren



En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente que para el caso de enfermedad** y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Total (Profesional) a causa de un accidente cubierto por la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Total (Profesional) por Accidente, la **situación física irreversible producida por una lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del Asegurado y determinante de la ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual expresamente declarada en la póliza o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales, considerando que tal lesión causa la invalidez dentro de los 18 meses siguientes a partir de la fecha en que se sufrió.**

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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las **exclusiones particulares** establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE Y ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Invalidez Permanente Total (Profesional) en caso de Accidente de Circulación

Se cubren



En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente de circulación que para el caso de accidente** y el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Total (Profesional) a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de capital asegurado designado en las Condiciones Particulares para el caso de Invalidez Permanente Total (profesional) en caso de accidente de circulación no es acumulable al señalado para esta misma garantía en caso de accidente.

A los efectos de este seguro se entiende que un accidente es de circulación cuando se produce como:

- Peatón y causado por un vehículo u aparato susceptible de transportar personas.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre u aparato terrestre susceptible de transportar personas.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

Ejemplo 1

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €

→ **1.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 **180.000 €**.

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

→ **1.b.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual, no corresponde prestación alguna de acuerdo con las garantías contratadas, ya que, estamos ante una Invalidez permanente en grado de Total.

No obstante, **la póliza permanecerá en vigor de acuerdo a las garantías y capitales contratados**, de tal forma que, en caso de un posterior agravamiento de su situación invalidante que le impida el desempeño de cualquier actividad laboral, desencadenaría el pago de la correspondiente prestación.

→ **1.c.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite de forma permanente la realización de los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer,...) a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **180.000 €**.

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

Ejemplo 2

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (PROFESIONAL)	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €

→ **2.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 **180.000 €**.

Nota: La invalidez permanente de la que resulta afectado el Asegurado es en grado de Absoluta, situación invalidante mayor que la requerida para el grado de Total, por ello tiene cobertura por la garantía contratada de Invalidez permanente Total.

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

→ **2.b.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual a causa de una enfermedad común cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **60.000 €**.

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

→ **2.c.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite de forma permanente la realización de los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer,...) a causa de un accidente laboral cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **120.000 €**.

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

Ejemplo 3

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de capital	60.000 €
GRAN INVALIDEZ	En caso de Enfermedad o Accidente	60.000 €

→ **3.a.** En el supuesto de que al 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, **no corresponde prestación alguna** de acuerdo con las garantías contratadas, ya que, estamos ante una Invalidez permanente en grado de Absoluta.

No obstante, **la póliza permanecerá en vigor de acuerdo a las garantías y capitales contratados**, de tal forma que, en caso de un posterior agravamiento de su situación invalidante que le impida el desarrollo de las actividades más esenciales para la vida, desencadenaría el pago de la correspondiente prestación.

→ **3.b.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite la realización permanente de su profesión habitual a causa de una enfermedad común, **no corresponde prestación alguna** de acuerdo con las garantías contratadas, ya que, estamos ante una Invalidez permanente en grado de Total.

No obstante, **la póliza permanecerá en vigor de acuerdo a las garantías y capitales contratados**, de tal forma que, en caso de un posterior agravamiento de su situación invalidante que le impida el desarrollo de las actividades más esenciales para la vida, desencadenaría el pago de la correspondiente prestación.

→ **3.c.** En el supuesto de que al Asegurado resulte afectado de forma irreversible por una invalidez que le imposibilite de forma permanente la realización de los actos más esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer,...) a causa de un accidente laboral cubierto por la póliza, la prestación que le corresponderá de acuerdo a la póliza contratada es de **60.000 €**.

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

Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente

Se cubren

En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y el Asegurado resulte afectado por una **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo a causa de un accidente** cubierto por la póliza, 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 esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y 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.

Para la contratación de esta garantía complementaria es preciso contratar previamente la garantía complementaria de Invalidez Permanente Absoluta ó la garantía complementaria de Invalidez Permanente Total.

Complementariamente y de forma opcional, se podrán aumentar el importe de capital asegurado para el supuesto de accidente de circulación.

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.**

A los efectos de este seguro se entiende por accidente **toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad ó 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.

El pago del 100% del capital asegurado para esta garantía complementaria de Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente, 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.

No se cubren



Adicionalmente a las **exclusiones generales** de la póliza, son de aplicación todas las **exclusiones particulares** establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

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, como 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

Miembros superiores

- Amputación de un brazo desde la articulación del húmero	70
- Amputación de un brazo al 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 ésta	55
- Amputación de cuatro dedos de una mano	50
- Amputación de un dedo pulgar	20
- Amputación total del dedo índice ó 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

TIPO DE INVALIDEZ

PORCENTAJE DE
INDEMNIZACION

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 deambulaci3n subsiguiente a la fractura de uno de los calc3neos	10

Normas de aplicaci3n del Baremo

En la aplicaci3n del anterior Baremo se tendr3n en cuenta las siguientes normas:

- Los porcentajes de indemnizaci3n 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 amputaci3n de una mano asociada a la de un pie.
- Las indemnizaciones se fijaran independientemente de la profesi3n y edad del Asegurado, as3 como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
- Cuando existan varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se acumular3n sus porcentajes de indemnizaci3n correspondientes, con un m3ximo del 100% del capital asegurado para esta garant3a complementaria.
- La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u3rgano ser3 considerada como p3rdida total del mismo.
- La suma de los porcentajes de indemnizaci3n por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u3rgano no podr3 ser superior al porcentaje establecido para su p3rdida total.
- Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en el Baremo se indemnizar3n por analog3a con otros casos que figuren en el mismo.
- Las limitaciones y las p3rdidas anatómicas de car3cter parcial ser3n indemnizadas en proporci3n a la p3rdida o impotencia funcional absoluta del miembro u3rgano afectado.

→ Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, 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.



CONTRATACIÓN OPCIONAL Y COMPLEMENTARIA EN CASO DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Invalidez Permanente Parcial s/Baremo y Absoluta en caso de Accidente de Circulación

Se cubren



En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente de circulación que para el caso de accidente** y el Asegurado resulte afectado por una **Invalidez Permanente Parcial s/Baremo a causa de un accidente de circulación** cubierto por la póliza, 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 su normativa de aplicación establecidos en estas Condiciones Generales de la póliza, aplicado sobre el capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza un **capital asegurado superior para el caso de accidente de circulación que para el caso de accidente** y el Asegurado resulte afectado por una **Invalidez Permanente Absoluta a causa de un accidente de circulación**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el 100% del capital asegurado establecido para este supuesto en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de capital asegurado designado en las Condiciones Particulares para el caso de Invalidez Permanente Total (profesional) en caso de accidente de circulación no es acumulable al señalado para esta misma garantía en caso de accidente.

A los efectos de este seguro se entiende que un accidente es de circulación cuando se produce como:

- Peatón y causado por un vehículo u aparato susceptible de transportar personas.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre u aparato terrestre susceptible de transportar personas.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Baja Laboral en caso de Accidente

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y el Asegurado resulte afectado por una **alteración de su estado de salud a causa de un accidente cubierto por la póliza que conlleve la imposibilidad temporal para realizar su actividad laboral ó profesional habitual declarada** en las Condiciones Particulares de la póliza **en jornada completa**, 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 baja y por un **plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente**.

Si se hubiera pactado para esta garantía un periodo de franquicia en las Condiciones Particulares de la póliza, el devengo del importe diario de capital asegurado contratado comenzará una vez finalizado el periodo de franquicia y durará como máximo hasta el resto del plazo de 365 días que constituye el periodo de cobertura.

La prestación a cargo de la Entidad Aseguradora se hará efectiva de **una sola vez** a partir de la fecha en que los servicios periciales determinen el alta médica ó en 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**.

El ámbito geográfico de cobertura para esta garantía complementaria se restringe a los accidentes ocurridos en Europa, Estados Unidos y Canadá, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se pacte la ampliación del ámbito de cobertura a todo el mundo ó bien se especifique una zona concreta de cobertura a estos efectos, a cambio del pago del correspondiente recargo o sobreprima.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente **toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad ó 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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

Normas de aplicables al devengo del importe diario de capital asegurado

→ Definición y alcance de la cobertura

La definición y alcance de la cobertura a los efectos de esta garantía complementaria no sigue los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público de Seguridad Social y, por lo tanto, la calificación de éste se define y determina exclusivamente por el presente contrato de seguro, estando sujeto a la valoración del servicio de peritos e inspectores médicos de la Entidad Aseguradora. En caso de discrepancia se estará a lo previsto en el Art. 38 de Ley 50/1980 de Contrato de Seguro (Arbitraje entre peritos).

→ Asistencia médica facultativa y tratamiento médico continuado

En todo caso, a causa del accidente el Asegurado deberá recibir asistencia médica facultativa y seguir de forma continuada el tratamiento médico necesario para la curación del proceso.

→ Inhabilitación laboral total de forma temporal

La alteración del estado de salud a causa del accidente debe impedir temporalmente al Asegurado, de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral ó profesional de forma total.

Supuestos en que finaliza el derecho al devengo del importe diario de prestación:

- Si el Asegurado puede reanudar sus actividades profesionales o laborales habituales, incluso de forma parcial, aún cuando no haya alcanzado su total curación.
- En caso de que el Asegurado incumpla ó rechace las prescripciones terapéuticas.
- Cuando se pueda diagnosticar médicamente que la alteración del estado de salud a causa del accidente se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional declarada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Por agotamiento del periodo máximo de cobertura de 365 días a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, incluido, en su caso, el periodo de franquicia consignado en las Condiciones Particulares de la póliza.

→ Plazo máximo de cobertura

En el supuesto de que el Asegurado no hubiera agotado el periodo máximo de cobertura de 365 días, y se iniciara un nuevo periodo de baja laboral por el mismo proceso ó causas relacionadas, se considerara a todos los efectos prolongación del anterior.

La suma de los días en los que se hubiesen devengado importes diarios por alteraciones del estado de salud del Asegurado originados por un mismo accidente, no podrá ser superior al plazo máximo de cobertura de 365 días, incluido, en su caso, el periodo de franquicia consignado en las Condiciones Particulares de la póliza.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Indemnización por Hospitalización en caso de Accidente

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido pactada por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza y 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 ó 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 ó 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 ó 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, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se pacte la ampliación del ámbito de cobertura a todo el mundo ó bien se especifique una zona concreta de cobertura a estos efectos, a cambio del pago del correspondiente recargo o sobreprima.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente **toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad ó 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.

No se cubren



Adicionalmente a las **exclusiones generales** de la póliza, son de aplicación todas las **exclusiones particulares** establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL

Reembolso de Gastos Sanitarios en caso de Accidente

Se cubren



En caso de que esta garantía complementaria haya sido incluida por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, **durante un periodo máximo de 365 días a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente y hasta el límite del capital asegurado** establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza, **en caso de accidente cubierto por la póliza**, el pago de:

- Los gastos de asistencia médica, ambulancia, farmacia, internamiento sanatorial y rehabilitación física.
- Las prótesis ó aparatos ortopédicos de tipo funcional hasta un máximo del 5% del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Los trasplantes de miembros u órganos, la cirugía plástica, tratamientos estéticos y los daños en prótesis preexistentes no están cubiertos por esta garantía complementaria.

La asistencia médica deberá efectuarse por facultativos aceptados expresamente por la Entidad Aseguradora, en caso contrario el Asegurado tomará a su cargo la mitad de los gastos imputables a esta garantía complementaria. No obstante, la Entidad Aseguradora abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios con independencia de quien los preste.

La compañía reembolsará los gastos cubiertos al Asegurado, previa presentación de las correspondientes facturas, salvo que la Entidad Aseguradora pacte con el centro sanitario concreto el abono directo del coste del servicio.

El ámbito geográfico de cobertura para esta garantía complementaria se restringe a los accidentes ocurridos en Europa, Estados Unidos y Canadá, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se pacte la ampliación del ámbito de cobertura a todo el mundo ó bien se especifique una zona concreta de cobertura a estos efectos, a cambio del pago del correspondiente recargo o sobreprima.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente **toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad ó 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.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares establecidas para las garantías complementarias de contratación opcional por el Tomador.

Normas aplicables al reembolso del gasto sanitario:

→ Cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, la Entidad Aseguradora contribuirá al abono de los gastos de asistencia médica en la proporción que exista entre la garantía por ella otorgada y la totalidad de la cobertura obtenida por el Asegurado.

→ El objeto exclusivo de esta garantía es resarcir el importe de los gastos de esta naturaleza al Asegurado, dentro de los límites fijados, no pudiendo en ningún modo resultar cualquier lucro o beneficio. Por consiguiente, en el caso de que los gastos de asistencia sanitaria total o parcialmente pudieran incumbir a cualquier tercera persona, organismos de seguros u otros, esta Entidad Aseguradora solo tendrá que sufragar, dentro de sus propios límites, la parte de los gastos que quedasen a cargo del Asegurado.

→ La asistencia del Asegurado por los accidentes ocurridos en territorio español deberá efectuarse en el mismo mientras que por los ocurridos en Europa podrá ser prestada en el lugar en que ocurrieron o en territorio español.

→ Se consideran excluidos:

→ Los gastos de retorno del accidentado a territorio español, salvo que la Entidad Aseguradora autorice expresamente los medios de transporte a utilizar.

→ Los gastos de estancia en hoteles, residencias y establecimientos similares, salvo que por prescripción facultativa, el Asegurado no pueda realizar el viaje de retorno.

→ La asistencia médica recibida en el extranjero, con motivo de un accidente sufrido en el país donde se realice el tratamiento, se considerará prestada por facultativos aceptados por la Entidad Aseguradora sin necesidad de autorización expresa de la misma en tal sentido. La Entidad Aseguradora reembolsará estos gastos al Asegurado previa presentación de las correspondientes facturas, efectuándose el pago en moneda española.

Ejemplo 1

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

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de Capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	60.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	120.000 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	30 € Franquicia 7 días
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	30 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	Hasta 6.000 €

El Asegurado sufre una caída accidental esquiando, inicialmente se le diagnostica un derrame en la articulación de la rodilla, pero al persistir los síntomas dolorosos, se le realiza una resonancia en la que se detecta una rotura traumática del menisco. Por tanto, tuvo que ser intervenido mediante una artroscopia en la que se le extirpó parcialmente el menisco lesionado. Tanto la recuperación post-operatoria como la posterior rehabilitación fue exitosa hasta el punto de que reinició su vida laboral con total normalidad (fontanero) y la práctica deportiva (esquí).

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de vida contratada:

- ✓ Pruebas de diagnóstico: resonancia magnética → Coste = 300 euros
- ✓ Intervención quirúrgica: artroscopia → Coste = 3.500 euros
- ✓ Rehabilitación: 20 sesiones a 30 euros + 3 consultas médicas a 60 euros → Coste = 780 euros
- ✓ Periodo hospitalización: 1 día
- ✓ Periodo de baja laboral: 100 días
- ✓ Secuela: 2% (no específicamente recogida en el Baremo propio por los que acudimos al Baremo oficial del real decreto 1971/1999)

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	0 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	2 % 60.000 € = 1.200 €
	En caso de Accidente de Circulación	0 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	(100-7) días* 30 € = 2.790 €
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	0 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	4.580 €
IMPORTE DE PRESTACIÓN TOTAL		8.570 €

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 contrata una póliza con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de Capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	60.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	120.000 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	30 € Franquicia 7 días
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	30 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	Hasta 6.000 €

El Asegurado de profesión albañil (autónomo) sufre un accidente laboral. Utilizando una rotaflex le salta una esquirla sufriendo una fuerte contusión en el ojo derecho. Con el tiempo desarrolla una catarata traumática que, ante la acusada pérdida de visión, debe ser intervenida quirúrgicamente para su extirpación y colocación de una lente intraocular. La intervención y posterior recuperación fue del todo exitosa, recuperando completamente la visión del ojo sin necesidad de gafas.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de vida contratada:

- ✓ Intervención quirúrgica → Coste = 1.700 euros
- ✓ Consultas oftalmológicas: 3 sesiones a 120 euros → Coste = 360 euros
- ✓ Periodo hospitalización: 1 ó 2 días
- ✓ Periodo de baja laboral: 30 días
- ✓ Secuela: 5% (específicamente recogida en el Baremo propio).

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	0 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	5 % 60.000 € = 3.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	0 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	(30-7) días* 30 € = 690 €
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	0 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	2.060 €
IMPORTE DE PRESTACIÓN TOTAL		5.750 €

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 contrata una póliza con las siguientes garantías y capitales asegurados:

FALLECIMIENTO	En caso de Enfermedad	60.000 €
	En caso de Accidente	120.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	180.000 €
CANCER FEMENINO	Anticipo de Capital	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	60.000 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	60.000 €
	En caso de Accidente de Circulación	120.000 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	30 € Franquicia 7 días
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	30 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	Hasta 6.000 €

El Asegurado de profesión transportista (autónomo) sufre un accidente de tráfico el fin de semana. Se trata de una colisión frontal con fractura y luxación de cadera con una importante afectación de la articulación, además de parálisis del nervio ciático. Precisa ser intervenido quirúrgicamente para colocarle una prótesis de cadera. Tras un largo periodo de baja laboral, puede volver a caminar pero sin realizar grandes esfuerzos ni trabajos de carga y descarga. En vista del menoscabo funcional permanente e irreversible que le impide desempeñar su profesión habitual de transportista, la Seguridad Social le concede una Incapacidad Permanente en grado de Total (Profesional) por Accidente Laboral.

Prestaciones que se derivan con ocasión del accidente sufrido de la póliza de seguro de vida contratada:

- ✓ Pruebas de diagnóstico: resonancia magnética → Coste = 300 euros
- ✓ Intervención quirúrgica → Coste = 6.000 euros
- ✓ Prótesis de cadera → Coste = 3.000 euros (límite 5% 6.000 € = 300 €)
- ✓ Rehabilitación: 20 sesiones al mes durante 12 meses (240 sesiones) a 30 euros + 16 consultas médicas (traumatólogo, cirujano, rehabilitador) a 80 euros → Coste = 8.480 euros
- ✓ Periodo hospitalización: 25 días
- ✓ Periodo de baja laboral: 12 meses (365 días)
- ✓ Secuela: 20% por el menoscabo en la cadera + 15% por la parálisis del nervio ciático (específicamente recogida en el Baremo propio).

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	En caso de Enfermedad y Accidente	0 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL s/BAREMO Y ABSOLUTA	En caso de Accidente	0 €
	En caso de Accidente de Circulación	35 % 120.000 € = 42.000 €
BAJA LABORAL	En caso de Accidente	(365-7) días* 30 € = 10.740 €
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN	En caso de Accidente	25 días* 30 € = 750 €
REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS	En caso de Accidente	6.000 € (límite contratado) El resto hasta 17.780 € a cargo del Asegurado
	IMPORTE DE PRESTACIÓN TOTAL	
		59.490 €

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. Si a posteriori, el estado de salud del Asegurado sufre un empeoramiento por enfermedad común y incapacidad permanente adquiere el grado de Absoluta, recibiría una prestación de su póliza de seguro por importe de 60.000 euros, quedando en dicho momento la póliza y sus garantías anuladas y sin efecto.



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.**
- **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.
- **En caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado por un ACCIDENTE**, en lugar de informe médico puede ser suficiente el **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).
- **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, **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 DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO AL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se le diagnostique algún Cáncer Femenino de entre los establecidos en la definición de esta garantía, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Informe del médico especialista** en cada caso, que determine el diagnóstico del Cáncer Femenino, así como los **antecedentes de salud** del Asegurado con su fecha de debut correspondiente.
- **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.

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

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una Gran Invalidez o 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** que se detalle 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.
- En caso de que la situación invalidante del Asegurado sea originada por un **ACCIDENTE**, puede requerirse adicionalmente **atestado o diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo han producido.

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

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una Invalidez Permanente Parcial s/Baremo ó Absoluta en caso de Accidente, 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 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 han producido.

COMO PROCEDER EN CASO DE BAJA LABORAL EN CASO DE ACCIDENTE 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 conlleve la imposibilidad temporal para realizar su actividad laboral ó profesional habitual en jornada completa, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Declaración ó parte de siniestro**, impreso que será facilitado a su solicitud por la Compañía Aseguradora, debiendo ser cumplimentado en todos sus apartados.
- **Informe médico** que detalle las **causas y circunstancias** que justifiquen clínicamente la imposibilidad temporal del Asegurado de desempeñar su actividad laboral o profesional de forma total.
- **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 EN CASO DE ACCIDENTE 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 ó 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 REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS EN CASO DE ACCIDENTE 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 precise de asistencia sanitaria, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Declaración ó parte de siniestro**, impreso que será facilitado a su solicitud por la Entidad Aseguradora, debiendo ser cumplimentado en todos sus apartados.
- **Informe médico** que detalle las **causas y circunstancias** que justifiquen clínicamente la necesidad de percibir asistencia sanitaria a causa del accidente.
- **Facturas médicas** que justifiquen asistencia sanitaria percibida.
- **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.

NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA

Bases de la póliza

La presente póliza de seguro de vida y sus condiciones se concertan en base a las declaraciones formuladas por el Tomador y por el Asegurado en la solicitud de seguro, así como en las declaraciones de salud y reconocimientos médicos requeridos en su caso, 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.

Limites en la edad de admisión

La edad mínima del Asegurado para la contratación de la póliza se establece en 18 años y la máxima en 60 años, ambos incluidos.

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**, salvo para la garantía de Cáncer Femenino que se establecen 90 días; 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.

Limites a la duración del seguro

Para la garantía principal de fallecimiento y para la garantía complementaria de Gran Invalidez, 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, el resto de garantías complementarias, tanto de contratación obligatoria como opcional, cesarán automáticamente al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

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.

→ Así mismo, el **Tomador** del seguro podrá solicitar la rescisión del contrato de seguro al final de cada anualidad de seguro. Esta comunicación deberá realizarla el Tomador del seguro por escrito y debidamente firmada por el mismo, al menos **con un mes de antelación** a la renovación anual del seguro.

→ 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.

En ningún caso la Compañía Aseguradora procederá a la anulación de la póliza por deterioro ó agravamiento del estado de salud del Asegurado respecto a la situación inicial reflejada en la Declaración de Salud consignada en las Condiciones Particulares de la póliza en el momento de la contratación, por constituir el objeto del presente seguro.

Indisputabilidad

El Tomador podrá recabar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que se subsanen las divergencias entre ésta y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas. Transcurrido dicho plazo sin efectuar dicha reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Esta póliza no se podrá impugnar una vez transcurrido un año a partir de la formalización de la misma, adquiriendo en tal momento el carácter de indisputable, salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares.

No obstante, cuando para la adhesión al seguro se exija como requisito indispensable reconocimiento médico, la póliza será indisputable desde su toma de efecto.

Limites del Contrato

La Entidad Aseguradora renuncia a ejercitar los siguientes derechos unilaterales: cancelar el contrato, rechazar las primas pagaderas en virtud del contrato y modificar las tarifas de prima o las prestaciones que deben satisfacerse en virtud del contrato, manteniendo únicamente el derecho a modificarlas a nivel de cartera, siempre que tal modificación sea originada por una desviación material de la siniestralidad y gastos totales de esa cartera, pudiendo en ese caso el Tomador oponerse a la renovación si no está conforme con la modificación efectuada.

A los efectos del ejercicio de dicho derecho de retarificación colectiva en el apartado de Limites del Contrato que se incluye en la Nota Informativa de las Condiciones Particulares se especifica el alcance, definición y límites al ejercicio de dicho derecho de revisión de tarifa.

Error en la edad del Asegurado

A los efectos de esta póliza de seguro, se considera la edad que corresponde al cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

La Compañía Aseguradora podrá impugnar el contrato si en el momento de la entrada en vigor del mismo, la verdadera edad del Asegurado excediera del límite de admisión establecido en las presentes Condiciones Generales. En este caso, las primas percibidas hasta el momento de la impugnación, sin impuestos ni recargos legalmente repercutibles, serán devueltas por el Asegurador.

Si en el momento de entrar en vigor la póliza el Asegurado tenía edad superior a la declarada, el Asegurador pagará únicamente los capitales asegurados que mediante la prima pagada hubiesen correspondido de aplicar el tipo de prima correspondiente a la verdadera edad de dicho Asegurado.

Si, por el contrario, resultare una diferencia de edad en favor del Asegurado, el Asegurador devolverá el exceso de primas cobradas **sin intereses**.

Modificación de Garantías y Capitales asegurados

→ Si el Tomador desea modificar las garantías y capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **excluyendo ó reduciendo** los mismos, deberá comunicárselo a la Compañía Aseguradora al menos con **un mes de antelación al vencimiento anual de la póliza**.

→ Si el Tomador desea modificar las garantías y capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **incluyendo ó aumentando** 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 ó 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

Importe y forma de pago

La prima correspondiente a esta póliza, junto con los impuestos y recargos legalmente repercutibles, será pagadera por anticipado en la fecha de efecto y en los sucesivos aniversarios, según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 la póliza se contrata por años renovables, la tarifa de primas anuales por cada mil euros de capital asegurado es la que figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Estas tarifas son calculadas en función de la edad alcanzada por el Asegurado, de acuerdo con las bases técnicas establecidas por el Asegurador para el cálculo de la prima.

Dichas bases técnicas y métodos de cálculo de la prima del seguro se ponen a disposición del Tomador y de cualquier otra persona interesada.

En cada renovación anual se recalculará la prima, teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado y el capital asegurado que corresponda cubrir en la fecha de renovación.

Fraccionamiento de la prima anual

El Tomador del seguro podrá pactar en las Condiciones Generales 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.

Plazo de Gracia

Para el pago de las primas se concederá un plazo de gracia de 30 días después del vencimiento de cada una de ellas, a partir de la segunda, conservando la póliza su vigor durante dicho plazo.

Transcurrido dicho plazo, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento siempre que la póliza no tenga reconocidos valores garantizados.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que la póliza quedará extinguida.

Cuando la póliza esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso. Si la póliza no hubiere sido resuelta o extinguida, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

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

Para el pago de la prestación o capital asegurado con cargo a esta 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, en su caso. **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, en su caso, 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 o enfermedad causante del siniestro, 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 ocho 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 domiciliocomunicado, 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.conorseguros.es).

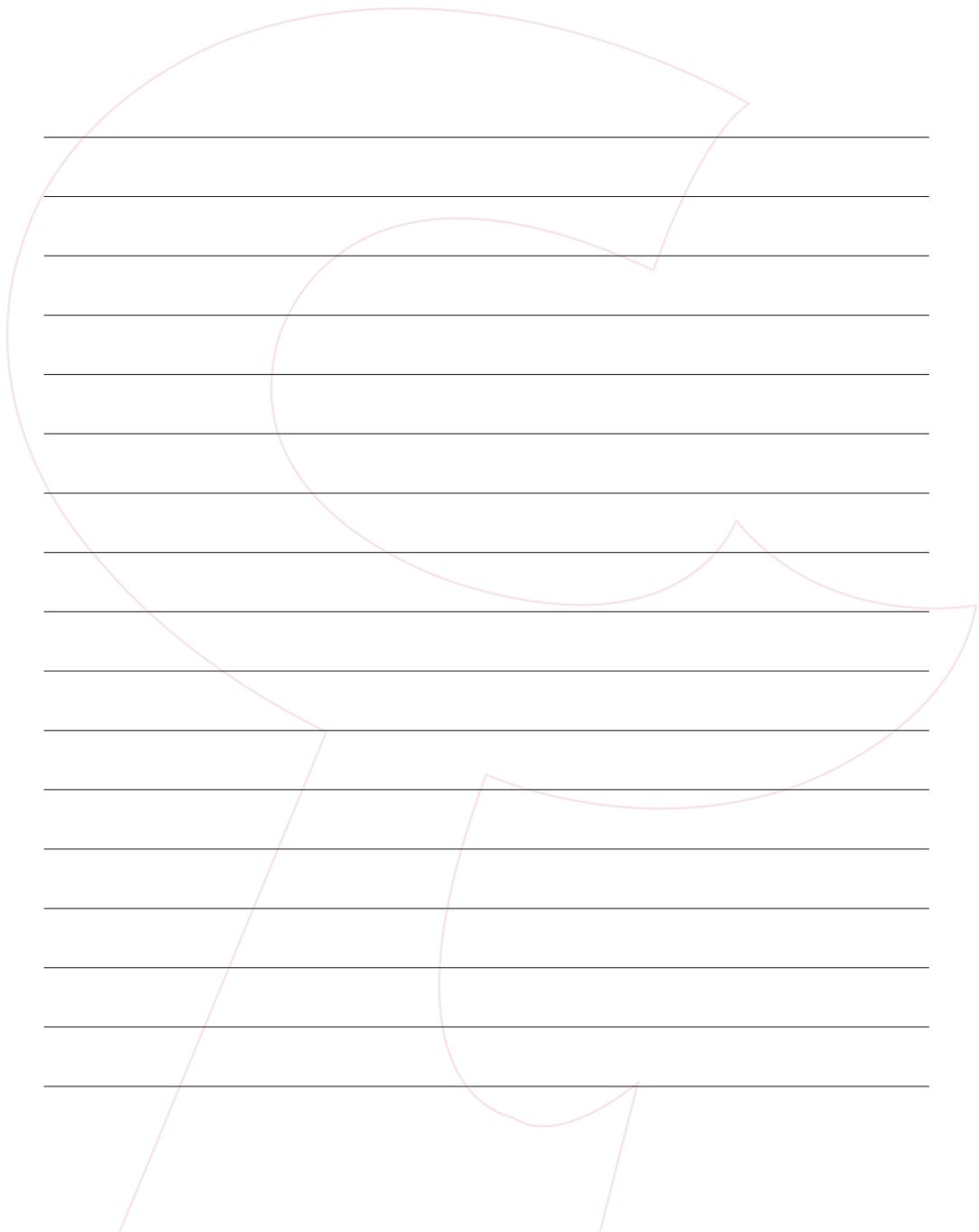
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado 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.

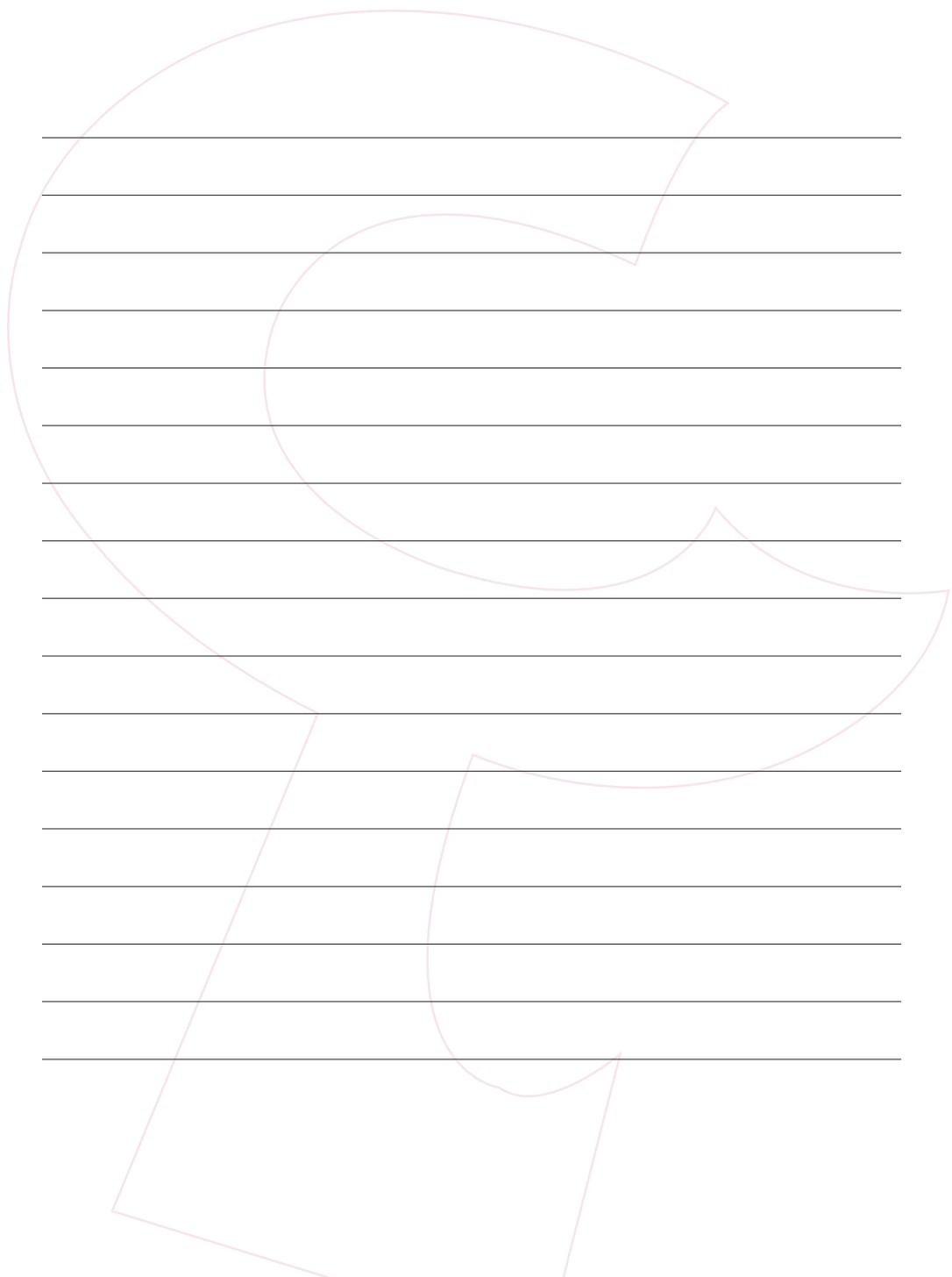
Teléfonos de interés

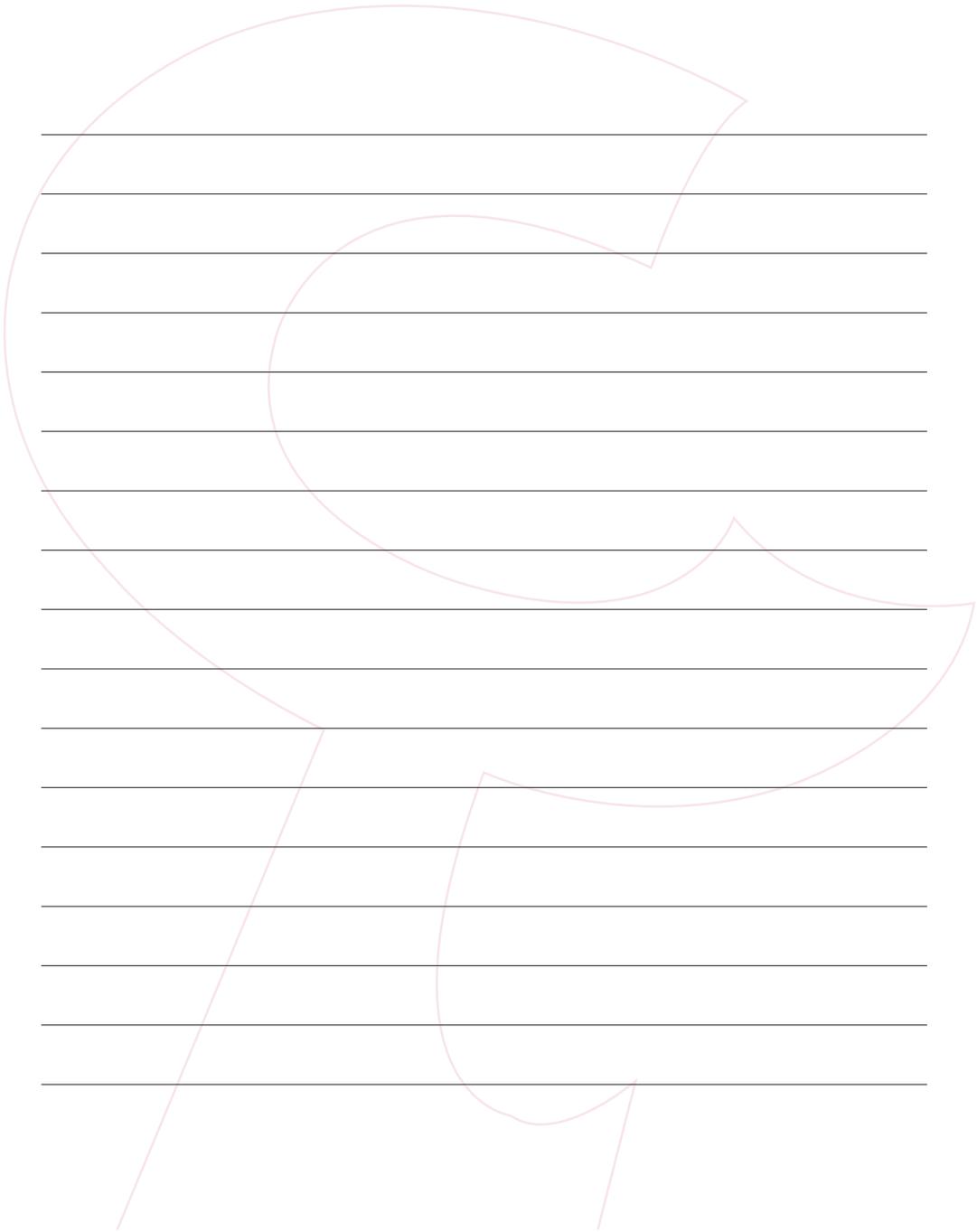
Teléfono de emergencia 112

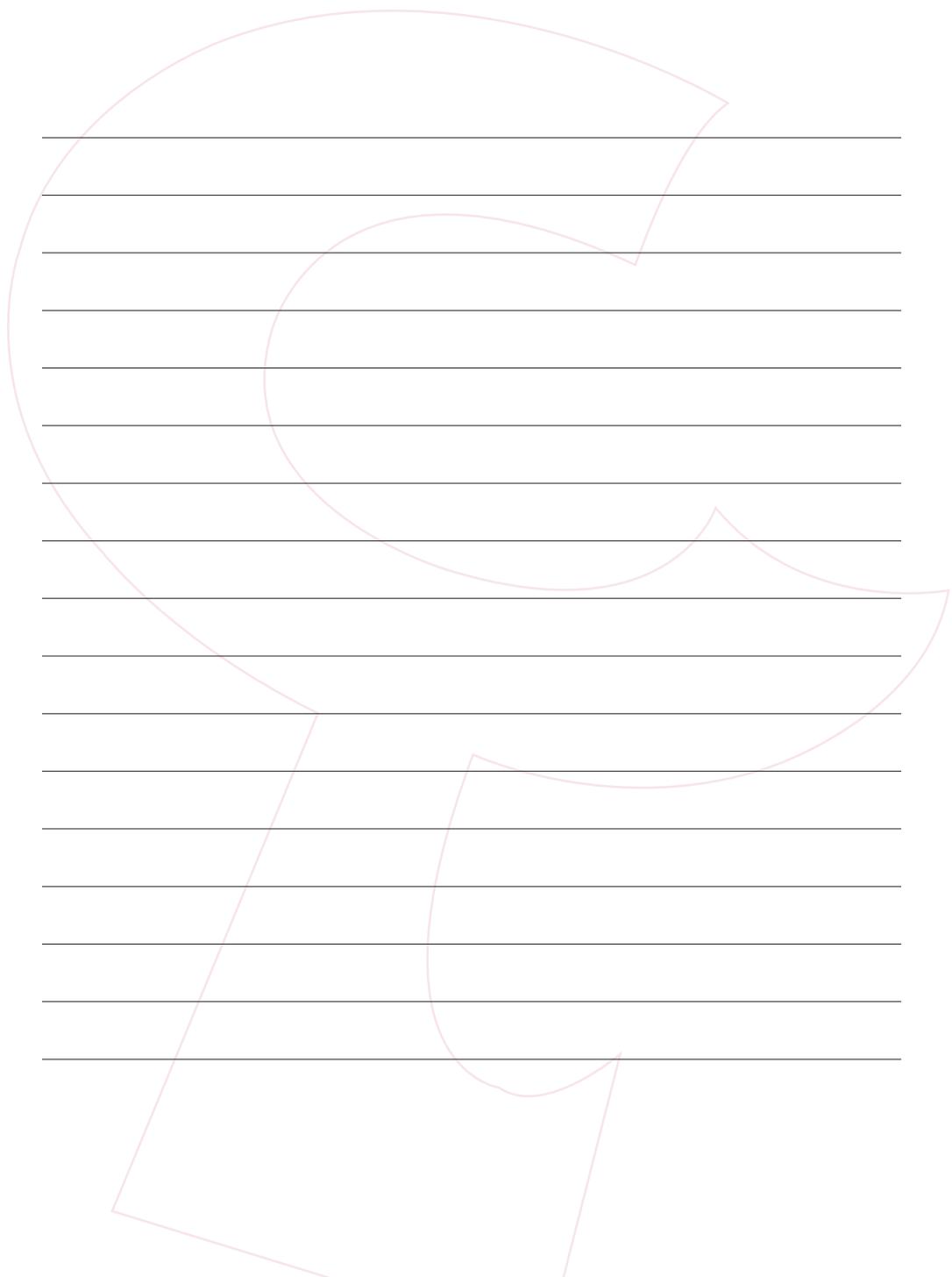
LAGUNTEL 944 94 74 28

Notas











AUTOMÓVIL

HOGAR

AHORRO PREVISIÓN

VIDA

ACCIDENTES

SALUD

NEGOCIO

BAJA DIARIA