



Seguro de Accidentes Colectivos

Deportes

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros y FEDERACIÓN BALEAR DE BAILE DEPORTIVO

Teléfono de Atención al Cliente
902 344 000

Seguro de Accidentes Colectivos

Deportes

Índice

Condiciones Particulares	desde la página 1 hasta la 3
Condiciones Especiales	desde la página 5 hasta la 25
Condiciones Generales	desde la página 27 hasta la 34

Datos Compañía

Seguros CATALANA OCCIDENTE
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sociedad dependiente del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000

Patrimonio neto

Euros 2.834.699.224,16

Datos económicos - financieros consolidados del Grupo CATALANA OCCIDENTE, S.A. Y SOCIEDADES DEPENDIENTES a 31 de diciembre de 2016, según Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Condiciones Particulares



1131327321

Seguro de Accidentes Colectivos

Deportes

Nº de póliza
8-6.448.582-C

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid
NIF: A-28119220

Oficina emisora

Sucursal Granollers

Tomador del seguro

FEDERACIÓN BALEAR DE BAILE DEPORTIVO
C/ Uruguai, Palma Arena
07010 PALMA DE MALLORCA - BALEARS
NIF: G-57747677

Agente

FRANCISCO JAVIE GUTIERREZ RUIZ
Girona, 2
08400 GRANOLLERS
Telf: 629583591

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Deportes

COBERTURAS CONTRATADAS (*)	SUMAS ASEGURADAS en Euros (*)	FRANQUICIAS
Muerte por accidente	6.015,00	
Invalidez permanente por accidente (según baremo póliza)	12.025,00	
Asistencia sanitaria por accidente	Ilimitada	

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Deportes

Nº de póliza
8-6.448.582-C

Datos facilitados por el Tomador del Seguro y que han servido a la Entidad Aseguradora para establecer las bases del contrato.

El Tomador del Seguro realiza las siguientes declaraciones respecto al riesgo asegurado:

1. Composición del grupo asegurado

El número de asegurados al inicio del contrato de seguro es de: 210

Condición de Asegurados: Tienen la condición de Asegurados las personas que figuran en la descripción del riesgo de las presentes Condiciones Particulares

Elige la forma de contratación de grupo: Innominado

Edades: Existe algún Asegurado Mayor de 70 años

2. Variación del grupo asegurado. Regularización al final del periodo de cobertura de seguro

Al término de cada periodo se obliga a comunicar al Asegurador el número real de Asegurados, conforme a la relación de las Altas y/o Bajas del colectivo que se hubiesen producido durante el periodo de cobertura transcurrido, la cual remitirá al Asegurador.

Asimismo, acepta la regularización resultante del cálculo de la prima sobre el número real de Asegurados, respecto del número que constaba al inicio, en los términos pactados en las Condiciones Especiales del presente contrato (en su apartado 'Generalidades, Variación del grupo asegurado. Regularización de la prima de seguro).

En caso de incumplimiento de la obligación de comunicación antes indicada, queda enterado de la posible aplicación de una regla de equidad por parte del Asegurador, sobre la indemnización a satisfacer en caso de siniestro cubierto, si el número real de Asegurados durante el periodo de cobertura fuese superior, en promedio, al número declarado al inicio del citado periodo.

3. Estado de salud

Declara que en la fecha de emisión de este contrato, NO existe ningún Asegurado de los incluidos en el grupo que:

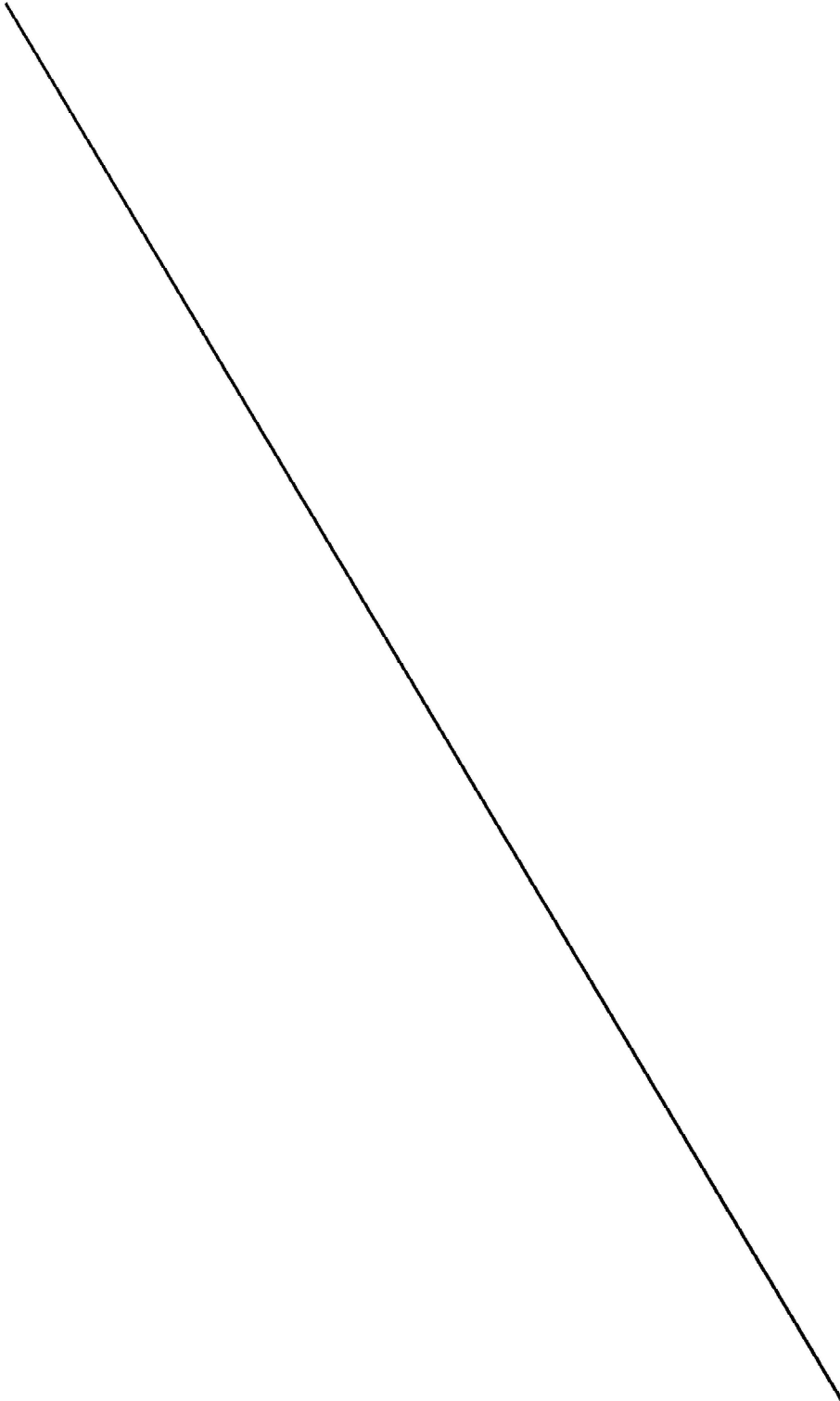
- Padece actualmente alguna enfermedad grave o minusvalía física o psíquica

Asimismo se compromete a poner en conocimiento del Asegurador los datos de aquél o aquellos Asegurados que se encuentren en alguna de las circunstancias de estado de salud expresadas, y causen alta en la póliza con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, mientras permanezca éste vigente.

El Mediador

El Tomador del Seguro

barr01



Definiciones

ACCIDENTE

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

No se considerarán accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, ni aquellos supuestos excluidos expresamente de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales o Generales del contrato.

ACCIDENTE DE CIRCULACION

Se entenderá como tal, a los efectos del presente contrato de seguro, la lesión corporal que sobrevenga al Asegurado por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mismo, que se origine en un hecho de la circulación en el que el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.- Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento.
- 2.- Como pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, que esté destinado al transporte de personas.
- 3.- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- 4.- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**

AMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA

Según se pacte en las Condiciones Particulares del contrato, el ámbito temporal en el que las coberturas del seguro estarán vigentes podrá ser alguno de los siguientes:

- **Durante la actividad descrita en la póliza:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza.

Quedan excluidos los accidentes que sufra el Asegurado en el curso de la vida privada.

Tampoco quedarán cubiertos, salvo pacto en contrario, los accidentes sufridos durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

- **Durante la actividad descrita en la póliza y en la vida privada (extra-laboral):** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u

organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza, o en el curso de los actos de su vida privada.

En consecuencia, salvo pacto en contrario, quedan excluidos los accidentes que puedan producirse durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

ASEGURADO

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Los asegurados incluidos en el contrato constituyen el llamado "Grupo asegurado", el cual está formado, **salvo pacto en contrario**, por un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común.

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar los datos reflejados en los libros de matrícula, registros oficiales, o cualesquiera documentos de inscripción de personas que tenga la condición de Asegurado, según el riesgo descrito en la póliza, durante la vigencia de la misma.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Salvo designación expresa en la póliza, para las contingencias aseguradas sobre la vida el beneficiario será el propio Asegurado.

Para el caso de muerte del Asegurado, y coberturas relacionadas con la muerte, **a falta de designación expresa en la póliza** serán beneficiarios del seguro, por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes:

1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

En caso de fallecimiento, el Asegurado podrá designar libremente al beneficiario del seguro; si así no lo hiciere, se estará a lo establecido en el párrafo anterior.

DEPORTE

La actividad física pautaada conforme a reglas o normas, que se practica con finalidad recreativa, profesional o como medio de mejoramiento de la salud, requiriendo una preparación o entrenamiento con distintos grados de intensidad y dedicación, en función de la modalidad y los objetivos a alcanzar.

A los efectos del presente contrato, y salvo pacto en contrario, la práctica remunerada de cualquier deporte tendrá la consideración de actividad profesional.

Condiciones Especiales

Definiciones

ENFERMEDAD COMUN

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente conforme se define éste en la presente póliza y en la Ley de Contrato de Seguro.

FRANQUICIA TEMPORAL

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del Asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días pactados, a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (o bien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

PLAZO DE CARENCIA

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

SINIESTRO

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza.

En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de daños y perjuicios o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por las coberturas de muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del Asegurado.**

Definiciones y ámbito de las coberturas aseguradas

Seguro para Deportistas Federados

Nº de póliza
8-6.448.582-C

La presente cobertura se rige por la legislación aplicable al contrato de seguro, y por lo dispuesto en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo.

I.- ASEGURADOS

Tendrán la consideración de Asegurados los deportistas, sean amateurs o profesionales, con licencia federativa dada de alta en la FEDERACIÓN DEPORTIVA TOMADORA DEL SEGURO, en vigor y al corriente de pago, así como los entrenadores, preparadores, oficiales, técnicos, árbitros, directivos y cualesquiera otras personas adscritos a dicha Federación Deportiva, siempre que estén incluidos los mismos en el grupo o grupos asegurados definidos en la presente póliza.

II.- OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Accidentes sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos en el R.D. 849/1993, de 4 de junio, y art. 100,105 y 106, de la Ley 50/1980, de contrato de seguro, durante los actos organizados por el Tomador, realizados en circuitos, estadios, pistas e instalaciones deportivas, terrenos o medio físico necesario y adecuado debidamente a las normas exigidas por las autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.

Salvo pacto en contrario, expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, **no se incluye la organización de competiciones, pruebas y eventos deportivos que estén fuera del ámbito de la responsabilidad de la Federación Deportiva Tomadora del Seguro. Tampoco se garantizan los riesgos derivados de la participación en competiciones organizadas por estamentos internacionales, ni por otras Federaciones distintas del Tomador.**

La cobertura se extiende también a los accidentes sufridos durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar señaladas en el párrafo primero.

III.- PERSONAS ASEGURABLES

Modificando lo dispuesto en el apartado "Personas no Asegurables - I. Por edad" de GENERALIDADES de la póliza, se entenderán incluidas en las coberturas del seguro las personas aseguradas sin limitación de edad, con la única condición que cumplan los requisitos del apartado I.- ASEGURADOS.

IV.- GARANTÍAS Y CAPITALES

En caso de siniestro cubierto, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones mínimas exigidas en el Anexo del Real Decreto 849/1993 de Seguro Obligatorio Deportivo. Estas prestaciones únicamente

podrán ampliarse, en su caso, si así figura pactado en las Condiciones Particulares de la presente póliza:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos.

2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos.

3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad.

4. Los gastos originados por rehabilitación.

5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, **hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros.** Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

El derecho al cobro de las prestaciones definidas en los puntos anteriores 1. a 5. , tiene un límite temporal de hasta dieciocho meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, ampliando por ello lo establecido en el apartado a), del punto II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA, de las Coberturas de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE.

6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo, para los grandes inválidos (tetrapleja), de 12.020,24 euros.

Sobre la suma asegurada pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo **será de aplicación el Baremo de indemnización de lesiones y demás especificaciones contenidas en el punto II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA, de las Coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE (BAREMO PÓLIZA).**

7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe no inferior a 6.010,12 euros.

Esta prestación se equipara a lo establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE POR ACCIDENTE" del presente contrato, y le serán aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma. Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.803,04 euros.

Esta prestación, cualquiera que sea la causa que dé origen a la misma, accidente o enfermedad, se equipara a lo establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE POR ACCIDENTE" del presente contrato, y le serán

Definiciones y ámbito de las coberturas aseguradas

Seguro para Deportistas Federados

aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma.

Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe mínimo del 70 % del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

10. Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo, cubiertos hasta 240,40 € como mínimo.

11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional, sin límite de cuantía.

12. Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional, de acuerdo a lo regulado en las Coberturas de Asistencia Sanitaria por accidente, y será prestada por un Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, para lo cual habrán de seguirse los pasos que se detallan en el capítulo "NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE".

En las Condiciones Particulares se indicarán los Centros médicos concertados por la Compañía, o en su defecto, el Asegurador facilitará al Tomador una relación de dichos Centros Médicos en el momento de formalizar el contrato.

13. Libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

Salvo pacto en contrario, el Asegurador no se hará cargo de las asistencias médicas prestadas por centros o facultativos no concertados, dentro del territorio español, con la única excepción de tratarse de un caso de URGENCIA VITAL.

V.- PRIMA DEL SEGURO

La prima por persona, incluidos impuestos, vendrá especificada en las Condiciones Particulares del contrato.

Salvo pacto en contrario, la prima representa el coste del seguro del periodo cubierto por la licencia federativa del Asegurado, y como máximo un año.

VI.- VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

Salvo que en las Condiciones Particulares se determine otro sistema de cálculo, la variación del grupo asegurado a lo largo del periodo de vigencia del contrato, y la correspondiente regularización de la prima en base al número real de personas incluidas

en la póliza, se regulará por lo establecido en el apartado I. Seguros contratados de forma innominada del Capítulo VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO (Condición Especial GENERALIDADES).

En cualquier caso, el Tomador viene obligado a facilitar al Asegurador la relación de personas con licencia deportiva dada de alta, para cada uno de los grupos de riesgo, y con la frecuencia pactada en las Condiciones Particulares.

En base a la información recibida, el Asegurador se obliga por su parte a regularizar la póliza según las altas que se hubiesen producido, durante el periodo de vigencia de la cobertura, y emitir el correspondiente recibo de prima.

Salvo pacto en contrario, las primas individuales mencionadas en el anterior capítulo V son únicas e indivisibles. Las bajas no darán derecho a devolución de prima no consumida.

VII. NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

Estas Normas modifican en todo lo que sea oportuno a lo establecido en la apartado b) Notificación de siniestro, del capítulo II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA de las coberturas de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE.

Para acceder a la asistencia sanitaria garantizada, la cual será prestada por el Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Cumplimentación del documento "ACCIDENTES PERSONALES - DECLARACIÓN DE SINIESTRO", que deberá ser firmado y sellado por la Federación asegurada.

2. Poner en conocimiento del Asegurador el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas de SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, teléfono 902 206 208. El accidente debe ser comunicado inmediatamente tras su ocurrencia.

3. En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club o Entidad Deportiva en la cual ocurre el siniestro.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos sufridos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento de la Declaración de Siniestro.

El comunicante remitirá posteriormente la Declaración de Siniestro a SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, al fax nº 93 260 64 71 del Centro de Siniestros Diversos / Accidentes Personales.

Definiciones y ámbito de las coberturas aseguradas

Seguro para Deportistas Federados

Nº de póliza
8-6.448.582-C

4. El lesionado federado ha de acudir al Centro Médico aportando la Declaración de Siniestro debidamente cumplimentada. (Es imprescindible para recibir asistencia que en la declaración de siniestro conste el número de expediente).

5. En los casos de **URGENCIA VITAL**, el Asegurador se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia sanitaria urgente prestada desde la fecha de ocurrencia del accidente, que deberá ser notificado a la Aseguradora en menos de 24 horas desde la ocurrencia del mismo.

Siempre que sea posible el traslado del lesionado a un centro Médico concertado o autorizado expresamente por el Asegurador, el mismo se realizará durante las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente.

6. **AUTORIZACIONES.**- Será necesaria la previa autorización del Asegurador para las siguientes pruebas y tratamientos:

- Pruebas especiales de diagnóstico (TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias, ...).
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Rehabilitación.

Para estos casos el médico o Centro Médico solicitará al Asegurador esta autorización al fax nº 93 260 64 71 del Centro de Siniestros Diversos/Accidentes Personales.

Esta autorización se ha de acompañar de una copia del informe médico detallado, facilitando, también por fax, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa del Asegurador será por cuenta del Asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá al Asegurador el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

Coberturas

Muerte por accidente

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

b) Acreditación de accidente.- Corresponde al Tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve que el fallecimiento del Asegurado se ha producido por causa de un accidente cubierto por la póliza.

c) La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas.- El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del Asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo Asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el Asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el Asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

d) Anticipo.- A cuenta de la indemnización total, el Beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de Defunción original, podrá solicitar del Asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del Asegurador la documentación

fehaciente que demuestre la condición de los Beneficiarios y el mencionado Certificado literal de Defunción original.

e) Impuesto de Sucesiones y Donaciones.- El Asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese Impuesto.

f) Carácter de la prima.- Declarado el siniestro de fallecimiento, el Tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) Certificado Médico Oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las Diligencias Judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

b) Certificado literal de Defunción del Registro Civil.

c) Certificado del Registro de Actos de Últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del Asegurado.

d) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

e) Carta de Pago o exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

Nº de póliza
8-6.448.582-C

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda según las normas del apartado II siguiente, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos.

Para que dicha pérdida pueda considerarse como invalidez permanente deberá cumplirse la condición de que haya transcurrido el tiempo suficiente para permitir la posible recuperación de la funcionalidad de estos miembros y/u órganos y que no sean susceptibles de mejoría mediante tratamiento médico o quirúrgico,

resultando, por tanto, dicha situación o pérdida como definitiva.

Para la valoración de la invalidez permanente no se tendrá en cuenta la repercusión producida en las actividades del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Baremo.**- La indemnización a pagar se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta cobertura que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones que a continuación se transcribe:

	Porcentaje de Invalidez
Estado vegetativo permanente.....	100 %
Demencia incurable.....	100 %
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades.....	100 %
Paraplejía completa.....	100 %
Hemiplejía completa.....	100 %
Pérdida total de los dos ojos o pérdida absoluta de la visión.....	100 %
Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo.....	32 %
Pérdida total de la capacidad de hablar por trastornos de la voz o articulación del habla.....	35 %
Sordera bilateral.....	40 %
Sordera unilateral.....	11 %
Amputación total de extremidad superior.....	49 %
Amputación a nivel de codo.....	47 %
Pérdida total de ambas manos.....	100 %
Amputación de la mano.....	44 %
Pérdida de los cinco dedos de la mano.....	44 %
Pérdida del dedo pulgar de la mano.....	18 %
Pérdida del dedo índice o medio de la mano.....	9 %
Pérdida otro dedo de la mano.....	4 %
Anquilosis de la columna vertebral en todos los planos:	
Completa.....	43 %
Segmento cervical.....	32 %
Segmento dorsal.....	6 %
Segmento lumbar.....	10 %
Pérdida total de ambas extremidades inferiores.....	100 %
Amputación total de extremidad inferior.....	40 %
Amputación de un pie.....	25 %
Amputación del dedo gordo del pie.....	5 %

Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Caso de modificarse, ampliarse, complementarse o sustituirse el mencionado baremo no tendrá ningún efecto sobre esta póliza, salvo pacto en

contrario expresamente indicado en las Condiciones Particulares, manteniéndose por tanto lo establecido en dicho Real Decreto 1971/1999.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

Para la determinación de los anteriores porcentajes de invalidez permanente no se tendrán en cuenta ni la profesión ni la edad del asegurado ni los factores sociales ni ningún otro factor ajeno al baremo.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

establecido en la Condición General "Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

b) **Pérdida funcional.**- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

c) **Concurrencia de Invalideces Permanentes en un órgano.**- La concurrencia de invalideces permanentes parciales en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

d) **Pérdida de varios órganos.**- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad el porcentaje de invalidez permanente parcial se establecerá mediante las tablas de valores combinados comprendidas en la normativa indicada en el apartado a). En ningún caso el porcentaje de invalidez permanente podrá superar el límite del cien por cien.

e) **Invalideces Permanentes preexistentes.**- Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de invalidez será la diferencia entre el que resulte después del accidente y el de la invalidez permanente preexistente.

f) **Estabilidad en la Invalidez Permanente.**- La situación de invalidez permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

g) **Criterios no vinculantes.**- Para la evaluación de la invalidez permanente no serán vinculantes las resoluciones de la Seguridad Social, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) u otros organismos sociales, las sentencias judiciales dictadas en jurisdicciones distintas de la civil ordinaria o los dictámenes emitidos por otras entidades aseguradoras o sanitarias.

h) **Reconocimiento médico del Asegurado.**- El Asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir, que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del Perito Médico nombrado por el Asegurador, así como

facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

i) **Fallecimiento del Asegurado.**- Si a consecuencia de un mismo accidente, después de fijada la invalidez permanente, sobreviniere el fallecimiento del Asegurado, las cantidades satisfechas por el Asegurador por la cobertura de invalidez permanente, se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento, si la cobertura de fallecimiento estuviera contratada en la presente póliza.

j) **Exclusión de Invalideces Permanentes Parciales.**- Únicamente se indemnizarán las invalideces permanentes parciales que superen el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

Esta exclusión de invalideces permanentes parciales ha de estar acordada con el Tomador del seguro y, por tanto, especificada en las Condiciones Particulares.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Documentación clínica donde se recojan causas, lesiones sufridas, evolución y cualquier otra prueba complementaria necesaria para la determinación del grado de invalidez.

b) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

c) En el caso de que deba practicarse retención en la indemnización y únicamente a efectos fiscales, ya que esta póliza no utiliza los mismos criterios en la determinación del porcentaje de invalidez permanente, certificado o resolución de Invalidez del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales u órgano competente en la Comunidad Autónoma.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisa de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Esta cobertura incluye asimismo:

- a) El reembolso de los gastos de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones.**
Se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.
- b) El reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, **siempre que esté autorizado previamente por el Asegurador.**

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

- a) **Periodo de indemnización.** La fecha de inicio del período de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente, y la fecha límite de la cobertura finaliza a los dos años naturales (ininterrumpidos) a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.
- b) **Coexistencia de seguros.** Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el Asegurado.

Por ello, cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de la coberturas contratadas por el Asegurado.

En cualquier caso, los gastos de asistencia sanitaria amparados por esta cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- a) Informes de la asistencia sanitaria efectuada al Asegurado.
- b) Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos, que hubiesen sido abonados por el Tomador o Asegurado.

IV. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIA

- a) **La cuantía máxima a indemnizar, en cualquier circunstancia, es la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura.**

En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", el Asegurador se hará cargo de los siguientes límites:

1. El total de las prestaciones sanitarias garantizadas siempre y cuando éstas sean efectuadas por profesionales o centros médicos designados o aceptados expresamente por el Asegurador.
2. El cincuenta por ciento de los gastos médicos generados, si el Asegurado acude a centros o profesionales de libre elección, no designados o aceptados por el Asegurador, si están situados en España o Andorra. Ese mismo porcentaje será de aplicación a los casos en que el Asegurado desee acudir a un centro médico en un país, fuera de España o Andorra, distinto al de la ocurrencia del accidente.
3. En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra, los gastos médicos generados quedan garantizados íntegramente hasta los primeros 6.000 euros, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente cubierto. Caso que superen ese importe, el Asegurador se hará cargo del cincuenta por ciento de los gastos justificados, en exceso de los 6.000 euros iniciales.

No obstante lo expresado en el párrafo anterior, caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, a través de profesionales o centros designados o aceptados por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos sanitarios una vez ya deducida la cuantía indemnizada por la asistencia sanitaria en el extranjero.

- b) **Franquicia.**- Si la cobertura se hubiese concertado con franquicia, según se indica en las Condiciones Particulares, el importe de ésta se deducirá del total de la indemnización en cada siniestro.

- c) **No obstante lo indicado en el primer apartado a),** si los gastos se derivan de una asistencia sanitaria urgente o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario), dichos gastos serán íntegramente abonados por el Asegurador, con independencia del médico o centro que los presten o lugar de ocurrencia del accidente, y sin aplicación de franquicia.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura básica)

A efectos de esta cobertura se entiende por traslado sanitario de urgencia, el transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

d) Los gastos de transporte del Asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del Asegurador, quedarán incluidos hasta un límite máximo de 750 euros por siniestro.

A efectos de esta cobertura, se entiende por transporte para tratamiento ambulatorio el que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

e) Los gastos de primera prótesis no excederán del 50 por ciento del capital contratado para asistencia sanitaria. En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", estos gastos de primera prótesis quedarán garantizados hasta un máximo de 6.000 euros por siniestro.

f) Los gastos derivados de la adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), serán reembolsados por parte del Asegurador hasta un máximo de 300 euros por siniestro.

g) La cuantía total de gastos a indemnizar por el Asegurador, incluidos en los especificados en los anteriores apartados a) hasta f), no excederá en ningún caso la suma asegurada por esta cobertura.

V. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos de:

a) Búsqueda, localización y salvamento del Asegurado.

b) Hospitalización a consecuencia de practicar una cirugía plástica reparadora o estética.

Se entiende por cirugía plástica reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivada de un accidente y tendente a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.

Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

c) Adquisición de prótesis dentales, o la sustitución o implantación de piezas dentales.

d) Adquisición, reparación o sustitución de gafas, lentillas y otros aparatos correctores de la visión o audición, aún a consecuencia de accidente.

e) Elementos ortoprotésicos (Ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.

f) Daños en prótesis preexistentes

g) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del Asegurado, dañados por el accidente.

h) No sanitarios, derivados de la estancia en hospitales o centros asistenciales.

i) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al Asegurador.

Coberturas

Pago fraccionado de la prima anual

Nº de póliza
8-6.448.582-C

Las primas del seguro son anuales, si bien el Asegurador, a petición del Tomador del seguro, accede a fraccionar el pago del total de la prima anual, incluidos sus impuestos, en los plazos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, según las siguientes estipulaciones:

a) De acuerdo con el vigente Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, los recargos a favor del citado organismo no son fraccionables y, por tanto, su importe íntegro se incluye en el primer recibo fraccionado de cada anualidad.

b) El fraccionamiento del pago de la prima anual no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que el Tomador del seguro viene obligado al pago de la totalidad de los recibos en los que se fracciona la prima de la anualidad.

c) El plazo de gracia de 30 días que se establece en las Condiciones Generales del contrato para el pago de los recibos sucesivos, únicamente tendrá validez para el primer recibo de cada anualidad de seguro en atención al carácter único e indivisible de la prima.

d) El impago a su vencimiento de cualquiera de los recibos de prima fraccionada, por causa no imputable al Asegurador, determinará la pérdida del beneficio del aplazamiento y la automática suspensión de la cobertura del seguro, sin necesidad de que medie requerimiento de pago.

Por tanto, de producirse un siniestro estando impagado uno de los recibos fraccionados del periodo anual de vigencia de la póliza, el Asegurador quedará liberado del cumplimiento de su obligación de indemnizar.

Si el Asegurador, dentro de un periodo de vigencia anual de la póliza, hubiese efectuado el pago de indemnizaciones y se diera el impago de uno de los recibos fraccionados, podrá optar por reclamar al Asegurado el importe de los recibos fraccionados pendientes o por exigir la devolución de las indemnizaciones satisfechas.

e) En caso de desaparición del riesgo antes de finalizar la anualidad en curso, el Tomador está obligado, salvo que se hubiere pactado lo contrario, a hacer efectivo el pago de los recibos fraccionados que resten para completar dicha anualidad.

f) El Asegurador, caso de reclamar al Tomador el pago de los recibos fraccionados que no hubieran sido satisfechos, dispondrá de seis meses para ejercitar judicialmente dicha reclamación, computando dicho plazo a partir de la fecha en que el recibo debiera haberse pagado.

Renovación no automática

La presente póliza tiene la vigencia temporal indicada en las Condiciones Particulares, por lo que, llegado el vencimiento, quedará extinguida y sin efecto alguno no renovándose tácitamente. No obstante, al vencimiento,

Asegurador y Tomador del Seguro podrán negociar la renovación de la póliza y condiciones en que la misma hubiera de efectuarse.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

a) **Incumplimiento requisitos Ley de Contrato de Seguro.**- Los hechos que no tengan la consideración de accidente, según la definición del mismo contenida en la Ley de Contrato de Seguro y en la Condición Especial -Definiciones- de la presente póliza. Se exceptúa lo amparado por las coberturas de incapacidad temporal u hospitalización derivada de enfermedad, de estar dichas coberturas contratadas en la póliza.

En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social (salvo lo pactado para las coberturas de Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral), Invalidez Permanente Absoluta o de Invalidez Profesional, cuando éstas figuren contratadas), ya que esta póliza, a efectos del contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la Condición Preliminar de las Condiciones Generales.

b) **Accidentes anteriores a la entrada en vigor de la póliza.**- Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o a la fecha de pago del primer recibo, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del seguro.

c) **Agravación consecuencias de un accidente.**- La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El Asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

d) **Accidentes intencionados.**- Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.

En el concepto de accidente provocado se incluye expresamente el suicidio, la tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria y el envenenamiento de carácter voluntario.

e) **Actos dolosos.**- Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado.

f) **Conducción de vehículos.**- Los accidentes provocados por la conducción de cualquier clase de vehículo sin el correspondiente permiso en vigor, expedido por la autoridad competente. Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.

g) **Navegación aérea.**- La utilización como tripulante, de cualquier medio de navegación

aérea, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público o privado de pasajeros.

Los accidentes de los alumnos de aviación en el transcurso de las prácticas.

h) **Navegación marítima.**- La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación de líneas marítimas (rutas comerciales tanto de viajeros como de mercancías), entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

Los accidentes sufridos durante la navegación deportiva y de recreo, como tripulante o pasajero, cuando se exceda el límite de la zona de navegación para la que está habilitada la embarcación, o ésta esté gobernada por persona o personas sin posesión del título exigido, según las disposiciones legales vigentes.

i) **Enajenación mental, embriaguez, drogas.**- Los accidentes sufridos por el Asegurado estando en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, salvo que pueda probarse por parte del Asegurado o Beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda del permitido legalmente, y el Asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

j) **Intoxicación por fármacos.** Las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.

k) **Las lesiones o afecciones siguientes,** con excepción de lo que pueda estar garantizado por alguna de las coberturas contratadas en la presente póliza por causa de enfermedad:

1. Infecciones o enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, siempre que no estén motivadas por un accidente cubierto.

Tampoco quedan garantizadas las infecciones generales producidas por la picadura o mordedura de animales (como la malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, y similares), aunque si la atención o tratamiento médico de la lesión producida por los mismos.

2. Enfermedades cardiovasculares

3. Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares.-

Lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosa, incluido

Generalidades

meniscos, que vengan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de defectos físicos preexistentes o degenerativos.

Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.

4. Lesiones psíquicas, dolor, daño o perjuicio estético.-

Las lesiones psíquicas, aún derivadas de un accidente cubierto por la póliza, en las que no pueda objetivarse como causa una lesión cerebral.

Todos aquellos procesos cuyo único síntoma sea el "dolor", y no pueda objetivarse una limitación funcional o alteración anatómica mediante pruebas o exploraciones médicas.

El daño o perjuicio estético.

5. Insolaciones, congelaciones.- Los efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos por causa de un accidente cubierto por la póliza.

l) Deportes profesionales

Los accidentes ocurridos durante la práctica profesional o remunerada de cualquier deporte

m) Deportes no profesionales.-

Salvo que el riesgo o la actividad objeto del seguro sea la participación en algunos de los siguientes deportes, o se pretenda la inclusión de la práctica de los mismos como aficionado, y se pacte así en las Condiciones Particulares de la póliza, se excluyen los accidentes ocurridos practicando los deportes de:

1. Automovilismo, karting y motociclismo, en cualquiera de sus modalidades de competición o participación en pruebas de velocidad y/o resistencia.
2. Uso de motos náuticas, esquí y paracaidismo acuático, y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma.
3. Actividades aéreas tales como, aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, moto-planeador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.
4. Polo y deportes hípicos (excepto paseo).
5. Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera pistas y esquí con saltos de trampolín.
6. Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.

A estos efectos, se entiende por alpinismo la ascensión a montañas cuando se realice con ayuda de algún medio técnico de progresión (cuerdas, friends, fisureros, piolet, crampones, Dry tooling, etc.) independientemente de si hay o no

nieves perpetuas y de su grado de dificultad, incluyéndose, asimismo, la modalidad denominada **trekking** cuando se realiza en estas condiciones, y cualquier actividad practicada a más de 4.500 metros de altura.

Se entiende por **escalada**, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.

7. Rugby y fútbol americano.
 8. Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.
 9. Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
 10. Deportes de aventura en aguas bravas, tal como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob o barranquismo.
 11. Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.
 12. Utilización de armas de fuego, y el ejercicio de la caza fuera de España o de Andorra.
 13. Otros deportes o actividades de nueva creación cuyos riesgos, por su especial peligrosidad, puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.
 14. Para cualquier deporte, la participación directa en competiciones, torneos o exhibiciones organizadas por federaciones deportivas u organismos similares.
- n) Toreo y similares.- Los accidentes sufridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.
- o) Expediciones y viajes de exploración.- Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.
- p) Energía nuclear.- Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva así como todas aquellas actividades derivadas de la energía nuclear.
- q) Siniestros Consorciables.- Los siniestros cuya cobertura corresponda al "Consortio de Compensación de Seguros".
- r) Guerras, levantamientos, rebeliones.- Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.
- s) Hechos de catástrofe o calamidad nacional
Acontecimientos calificados como tal por el Poder Público.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Excepto en el caso en que se pacte expresamente la exclusión de la revalorización automática de garantías, ésta se producirá de acuerdo con las siguientes normas:

I. Conceptos a los que se aplica la revalorización automática

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza (excepción hecha de las prestaciones incluidas en la Asistencia en Viaje, la Asistencia Familiar, el Subsidio por Privación Temporal del permiso de conducir, la Defensa Jurídica Básica, el Reembolso de Gastos de anulación o cancelación de viaje, la Responsabilidad Civil Privada, así como las incluidas en el Seguro Obligatorio de Viajeros), quedarán revalorizadas en cada vencimiento, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el INE, u organismo que le sustituya, revalorización que como mínimo será del 2%.

A estos efectos se considerarán como capitales y límites asegurados y por tanto sujetos a la citada revalorización, no solo los que figuran en las Condiciones Particulares, sino también aquellos que se indiquen en los posibles suplementos que se emitan a la póliza.

II. Actualización de capitales y límites asegurados, franquicias y prima neta

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza, quedarán establecidos en cada vencimiento, multiplicando los que figuran inicialmente en esta póliza por el factor que resulte de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por índice base, el que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. El índice de vencimiento es el que se indica en cada recibo de prima y que corresponde a la actualización del índice base en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo.

III. Vigencia de la garantía

El Tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta Cláusula en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta certificada, por lo menos dos meses antes de dicho vencimiento.

PERSONAS NO ASEGURABLES POR SU ESTADO DE SALUD

Las personas que en el momento de la contratación de la póliza se hallen afectados de enfermedades graves:

Oncología (Cáncer, leucemia, linfomas), Psiquiatría (trastornos psicóticos, esquizoides o depresivos mayores), Neurología (epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedades cerebrovasculares, distrofias musculares), Hematología

(aplasia medular grave, granulocitosis y hemoglobinopatías graves), Inmunología (asma bronquial grave, alergias alimentarias graves e inmunodeficiencias), Cardiología (Cardiopatía isquémica con necesidad de bypass, miocardiopatías con disfunción ventricular), Aparato digestivo (enfermedades hepáticas graves, resección intestinal amplia), Nefrología (enfermedad renal crónica en diálisis, síndrome nefrótico), Endocrinología (Diabetes Mellitus Tipo I), Aparato Respiratorio (Fibrosis quística, neuropatías intersticiales, displasia broncopulmonar, hipertensión pulmonar), Desórdenes o alteraciones metabólicas graves, Reumatología (artrosis generalizada, espondilitis, esclerodermia y lupus), Enfermedades infecciosas (VIH / SIDA, tuberculosis, neumonías complicadas, osteomielitis, endocarditis, sepsis), alcoholismo, toxicomanía y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social (publicada en Anexo I del RD 1148/2011), o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

No obstante, la Entidad Aseguradora podrá aceptar mediante pacto expreso la cobertura de las personas afectadas por alguna de las enfermedades, lesiones o minusvalías indicadas anteriormente.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

En materia de riesgos ordinarios amparados por la presente póliza, las coberturas de la misma surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato difiere de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar conforme a la Tarifa de primas vigente, la prestación del Asegurador se efectuará aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que se hubiese cobrado en el caso de ser la edad correcta. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DECLARADA

Caso de producirse el siniestro y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares, con la profesión o actividad real del

Generalidades

Asegurado o Grupo asegurado, el Asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera entidad del riesgo, en el momento de emitir la póliza.

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de la contratación del riesgo, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del Asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del Tomador o Asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en póliza, el Asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

FORMA DE INCLUSION DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA (SEGURO INNOMINADO O NOMINADO)

En las Condiciones Particulares figurará la forma de contratación, para la inclusión e identificación el grupo asegurado:

a) En la forma de contratación INNOMINADA, quedarán incluidos en las coberturas de la póliza todas las personas que tengan la condición de asegurados dentro del grupo, según consta en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) En la forma de contratación NOMINADA, tendrán únicamente la condición de asegurados las personas que figuren en la relación nominal, descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Tomador facilitará al Asegurador, en el momento de la contratación, el nombre y apellidos, sexo, fecha nacimiento y NIF de cada uno de los Asegurados.

La Cía. librá un certificado individual de cobertura de seguro para toda alta que se produzca en la póliza de contratación nominada, al inicio de la misma o durante su vigencia, así como a la renovación anual del periodo de cobertura, para todos los Asegurados que en ese momento consten en la Base de datos de la póliza.

VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

I. Seguros contratados de forma innominada

La prima percibida por el Asegurador al inicio del periodo de cobertura del seguro **tiene el carácter de prima mínima de depósito, que obligatoriamente se regularizará al finalizar dicho periodo.**

A tal efecto, el Tomador se obliga a remitir documento firmado al Asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el

que indicará el número real de asegurados con las altas y/o bajas que se hubieran producido.

En base a esta información, el Asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo contratado, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Fijada la prima definitiva del periodo de cobertura, tras la regularización, **esa prima no podrá ser inferior al 75% de la prima mínima de depósito.**

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el Asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, con el límite fijado en el párrafo anterior.

II. Seguros contratados de forma nominada

La prima correspondiente a esta forma de aseguramiento se regularizará en el momento que se comunique al Asegurador los datos de las personas que causen alta o baja del grupo asegurado, y en consecuencia, también de las coberturas del seguro.

El Asegurador procederá, a través de emisión de un suplemento a la póliza, a librar un recibo de cargo o extorno de la prima, según resulte, prorrateada ésta desde la fecha de alta o baja de el/los Asegurado/s hasta el vencimiento del contrato.

III. Comprobación de los registros oficiales del Tomador (seguros de contratación innominada)

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los libros de registro, matrícula, inscripción, o cualquier otro que oficialmente hubiese servido para identificar las personas que forman parte del grupo asegurado.

PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes.

La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Especiales. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

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

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será

reflejada en las Condiciones Particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

b) La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico-actuariales, tenga vigentes en cada momento el Asegurador. Para su determinación también se considerarán además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en el apartado de Modificaciones del riesgo de las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

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

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto en las Condiciones Generales (en su apartado "Siniestros: Tasación y liquidación de la indemnización") de esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

I. SINIESTROS: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

a) Como norma general, deberá satisfacerla al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado, la abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el Asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las reglas que se

establecen en las Condiciones Generales (en su apartado "Intereses de demora") de esta póliza.

II. RESOLUCIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán resolver el contrato de seguro.

La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella.

Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el Asegurador procederá a devolver al Tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

III. TRAMITACIÓN PARA LA COBERTURA DE RECLAMACIÓN Y DEFENSA JURÍDICA

III.1 - Tramitación del siniestro

De conformidad con el artículo 5.2.h. de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, la gestión de los siniestros de defensa jurídica se prestará por Grupo Catalana Occidente Tecnología y Servicios A.I.E., entidad jurídicamente distinta del Asegurador. Ningún miembro del personal que se ocupe de la gestión de los siniestros de defensa jurídica ejercerá actividad parecida en otro ramo.

En el supuesto de que el siniestro no esté amparado por el seguro, el Asegurador comunicará por escrito al Asegurado las causas o razones en que se funda para rechazarlo, en el plazo máximo de un mes, contando desde la fecha en que haya recibido el cuestionario o antecedentes documentales solicitados.

En caso de rehúse del siniestro, si el Asegurado no está conforme con el mismo, lo comunicará por escrito al Asegurador y podrán ambas partes someter la divergencia al arbitraje previsto en el punto III.6 siguiente.

En los casos cubiertos por el seguro, aceptado el siniestro, el Asegurador realizará las gestiones para obtener un arreglo transaccional que reconozca las pretensiones o derechos del Asegurado.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el Asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que

Generalidades

lo solicite el interesado y las características del hecho lo permitan. En este supuesto, el Asegurador informará al Asegurado de su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio.

En los demás supuestos, aceptado el siniestro, se procederá a la prestación del servicio o al pago de los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

III.2 - Disconformidad en la tramitación del siniestro

Cuando el Asegurador, por considerar que no existe posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al Asegurado.

En caso de disconformidad, podrán las partes acogerse a la conciliación o al arbitraje con arreglo a lo previsto en el punto III.6 siguiente. El Asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con el Asegurador, o incluso con el arbitraje, cuando, por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

III.3 - Elección de abogado y procurador

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento.

Antes de proceder a su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del abogado elegido así como el del procurador de los Tribunales en los procedimientos en que sea preceptiva su intervención.

Los profesionales elegidos por el Asegurado gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados por aquél, sin depender de las instrucciones del Asegurador, el cual no responde de la actuación de tales profesionales, ni del resultado del asunto o procedimiento.

En el supuesto de que el elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo de aquél los gastos y honorarios por los desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta.

III.4 - Pago de honorarios

El Asegurador satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del Asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía Española y, de no existir estas normas, se estará a lo dispuesto por las de los respectivos Colegios.

Las normas orientativas de honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del Asegurador. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la Comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

Los derechos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

III.5 Transacciones

El Asegurado puede transigir los asuntos en trámite, pero si ello produce obligaciones o pagos a cargo del Asegurador, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

III.6 - Solución de conflictos entre las partes

El Asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el Asegurador sobre esta cobertura.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Si cualquiera de ellas decidiese ejercitar sus acciones ante los organismos jurisdiccionales, deberá acudir al Juez del domicilio del Asegurado, único competente por imperativos legales.

SUBROGACIÓN

Para la cobertura de Asistencia Sanitaria, de haberse contratado ésta, el Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del Asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

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

NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.**
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
- d) Si el Tomador del seguro o el Asegurado o el beneficiario, no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**

Generalidades

Nº de póliza
8-6.448.582-C

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

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

g) Si por dolo, el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario omiten comunicar a cada asegurador la existencia de otros seguros sobre el mismo Asegurado con distintos aseguradores.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

Protección de datos de carácter personal

Los datos personales que se recogen en el presente documento y los que se obtengan con posterioridad, serán incorporados en los ficheros titularidad de Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en paseo de la Castellana, 4 - 28046 Madrid, con la finalidad de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, así como en cualquier otra normativa que pudiera resultar de aplicación.

Le informamos que los datos personales solicitados son obligatorios para la contratación. En caso de solicitudes de seguro, la no aportación de dichos datos dará lugar a que la Entidad Aseguradora pueda desestimar la contratación del riesgo solicitada, por no poder tratar adecuadamente la información necesaria para su valoración y cuantificación.

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora proceda a su tratamiento, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual.

En el caso de que, por cualquier circunstancia, la póliza no llegara a formalizarse, o en el momento en que quede rescindida, el interesado consiente expresamente que la Entidad Aseguradora conserve los datos de carácter personal con la finalidad de gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo y atender las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento, durante los plazos establecidos en el artículo 30 del Código de Comercio o normativa que lo sustituya.

El interesado reconoce que durante el proceso de formación del contrato, le ha sido solicitado su consentimiento expreso para remitirle información, incluso por medios telemáticos, sobre los productos y servicios que entren dentro del alcance del objeto social de las entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com). El interesado reconoce que dicho consentimiento informado ha sido expresamente prestado por su parte para la mencionada finalidad antes de la recogida de datos personales, así como que la utilización de sus datos para dicha finalidad podrá realizarse incluso tras la terminación de la relación contractual con la Entidad Aseguradora, pudiendo oponerse a dicho tratamiento en cualquier momento, así como en este preciso instante, tal y como se establece en el párrafo final.

Asimismo, **el interesado es informado** de que:

- Sus datos personales sobre su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste podrán ser cedidos a las entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente (anteriormente definidas) a los efectos de cumplir con las obligaciones de supervisión previstas en la normativa aplicable, así como para la prevención y lucha contra el fraude en el seguro. A tal efecto, y con dichas finalidades, sus datos podrán ser incorporados a un fichero común titularidad de Grupo Catalana Occidente S.A., (NIF A-08168064).
- La entidad aseguradora dispone del derecho a consultar y tratar datos de ficheros de siniestralidad, de información de solvencia patrimonial y crediticia, y cualquier otro que permita una evaluación del riesgo personalizada, el mantenimiento y control del desarrollo de la relación contractual, la gestión de siniestros y la realización de análisis estadístico de siniestralidad y de prevención del fraude.

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, así como cualesquiera otros que pudieran derivarse de la normativa vigente en cada momento, y podrá revocar los distintos consentimientos que pueda haber prestado mediante la presente cláusula, dirigiendo una carta por correo ordinario al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora, Av. Alcalde Barnils, 63 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona), o bien remitiendo un correo electrónico a la dirección: lopd@catalanaoccidente.com.

En caso de que los datos de carácter personal se faciliten a la Entidad Aseguradora por persona distinta de su titular, recaerá en ésta la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero de datos de carácter personal, de los derechos derivados de la normativa de protección de datos, así como de recabar el consentimiento de tales titulares para su tratamiento con las finalidades anteriormente descritas.

El interesado puede marcar esta casilla si no desea que sus datos sean utilizados para la realización de envíos publicitarios y comunicaciones comerciales.

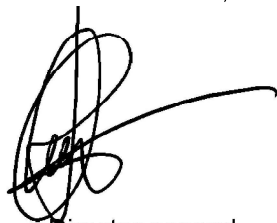
Nº de póliza
8-6.448.582-C

La presente póliza se compone de las anteriores Condiciones Particulares y Especiales (transcritas en las páginas 1 a 25), así como de las Condiciones Generales que se acompañan a continuación. El Tomador del seguro manifiesta haber leído las Condiciones señaladas, en su integridad, conociendo y aceptando la totalidad de su contenido. De forma expresa, manifiesta que conoce y acepta las cláusulas limitativas, convenientemente destacadas en negrita y contenidas en la póliza. El firmante declara que ha sido informado por el mediador, con carácter previo a la formalización de la póliza, de los extremos previstos en la normativa sobre Mediación en Seguros Privados. Asimismo declara haber recibido, con anterioridad a la firma del presente contrato, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, todo ello según lo detallado en el Preliminar de las Condiciones Generales. También declara que se le ha informado que España es el Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la Entidad Aseguradora.

10 de mayo de 2018

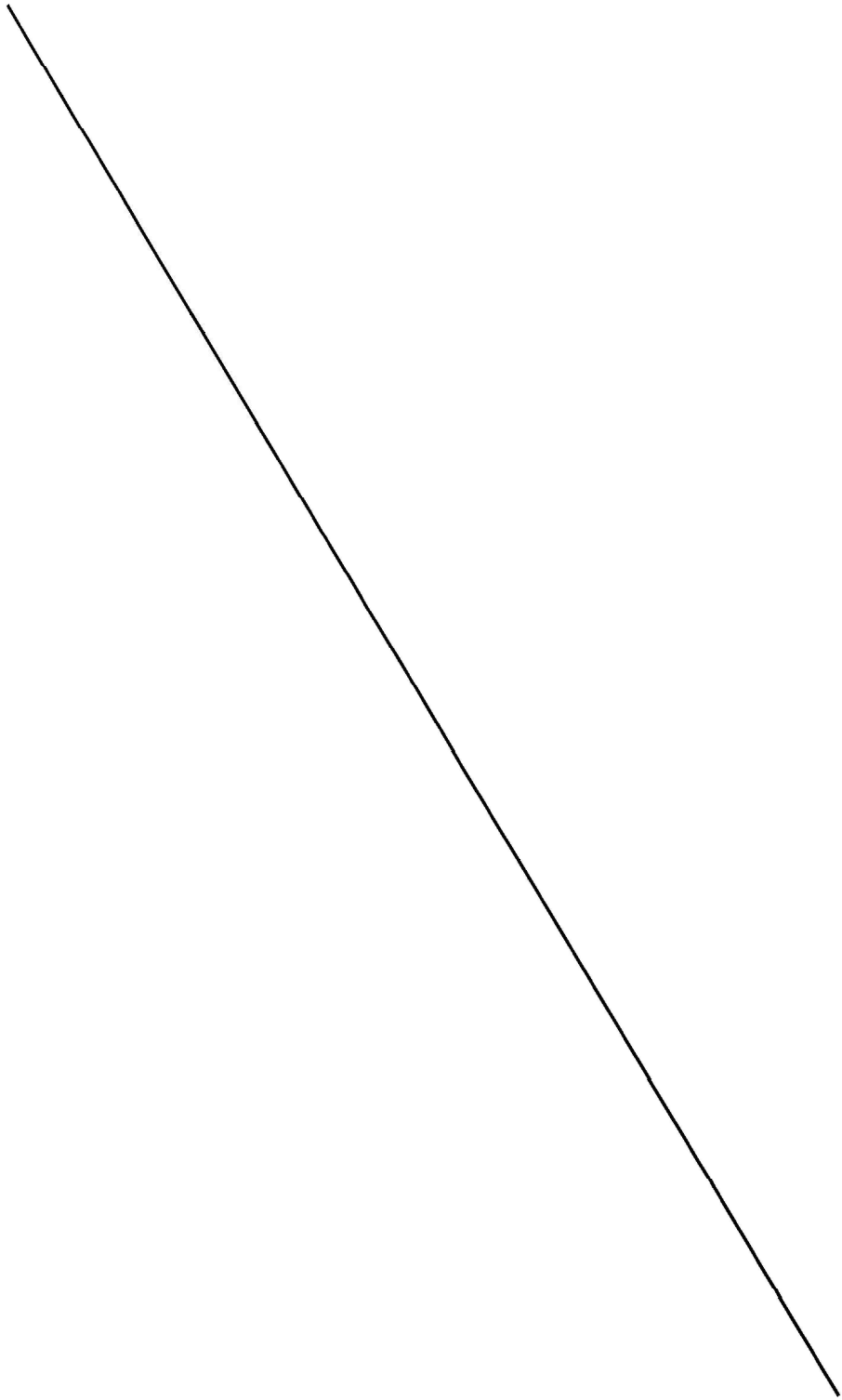
Por la Entidad,

El Tomador del Seguro,



Director general

barr01



Condiciones Generales

Preliminar

Nº de póliza
8-6.448.582-C

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980).
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza y los Suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

Definiciones

ENTIDAD ASEGURADORA

La que figura en las Condiciones Particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato «el Asegurador».

TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado o Beneficiario.

FRANQUICIA

La cantidad, expresamente pactada en las Condiciones Particulares de la póliza, que corre a cargo del Asegurado y que, en consecuencia, se deducirá del importe de la indemnización que corresponda en cada siniestro.

PÓLIZA

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el Asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Condiciones Generales

Bases del contrato

DECLARACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO. PLAZO PARA SUBSANAR ERRORES DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

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

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

MODIFICACIONES DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En los seguros de personas el Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptar las reglas para su determinación o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el

contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

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

REQUISITOS EN LAS PERSONAS A ASEGURAR

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte, sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Tomador del seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador, o en un testamento.

Reglas para el caso de fallecimiento del Asegurado.- Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como Beneficiarios, se entenderá como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.

Si la designación se hace en favor de los herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin

Condiciones Generales

Bases del contrato

Nº de póliza
8-6.448.582-C

mayor especificación, se considerarán como tales los del Tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.

La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado. Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

Si la designación se hace en favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá,

salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Siniestros

PLAZO DE COMUNICACIÓN

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

En caso de concurrencia de seguros se respetará el plazo fijado en el párrafo anterior y el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberá comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás.

COLABORACIÓN DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO

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

MINORACIÓN DE LAS CAUSAS DEL SINIESTRO

El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente con el fin de conservar la vida del Asegurado y su pronto restablecimiento del accidente. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador 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.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Determinación del grado de invalidez

Como regla general, y con independencia de lo especificado en cada una de las coberturas de Invalidez contratadas en la póliza, la determinación del grado de invalidez que derive de accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo establecido en el apartado "Tasación de siniestros" que sigue.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un Perito Médico, 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 Médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos Médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Condiciones Generales

Siniestros

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar 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 Médico Tercero.

El dictamen de los Peritos Médicos, 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 treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos Médicos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos Médicos 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 con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, 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.

PAGO DE HONORARIOS PERICIALES

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del Perito Médico 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 de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

PAGO DEL IMPORTE MÍNIMO EN SINIESTROS INDEMNIZABLES

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños corporales que resulten del mismo.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta días, contados a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

INTERESES DE DEMORA

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

1.- Afectará, con carácter general, a la mora del Asegurador respecto del Tomador del seguro o Asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

2.- Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

3.- Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres 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.

4.- 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 por 100; 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 por 100.

5.- En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

6.- 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.

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número

Condiciones Generales

Siniestros

Nº de póliza
8-6.448.582-C

quedará exceptuado cuando el Asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7.- 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.

Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la Aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al Asegurado, Beneficiario o perjudicado.

8.- 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.

9.- Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en mora únicamente

en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización, sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por mora en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10.- 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.

ACCIDENTES INTENCIONADOS

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al Tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

DURACIÓN DE LA PÓLIZA Y PLAZO DE PREAVISO DE ANULACIÓN

1. La duración del contrato será determinada en las Condiciones Particulares, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

2. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

3. El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

4. Las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o la no posibilidad de oposición, deberán destacarse en la póliza.

5. Lo dispuesto en los apartados precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre la vida.

CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Condiciones Generales

Otros aspectos del contrato

DOMICILIO DE PAGO DE LA PRIMA POR DEFECTO

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

COMUNICACIONES

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. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del seguro al referido agente de seguros se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido

expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños, y de cinco años si el seguro es de personas.

JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Acontecimientos Extraordinarios

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

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán 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, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

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

En las pólizas de seguro de Vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiere emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Acontecimientos Extraordinarios

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de Seguros, deberá comunicar dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el

siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

AGRADECEMOS SU CONFIANZA

Esta póliza y el recibo al corriente de pago son documentos que acreditan las garantías contratadas y su vigencia. En consecuencia, le aconsejamos que dedique unos minutos a la lectura de sus condiciones.

Si lo estima necesario, estaremos encantados de resolver cualquier duda que le surja, bien directamente o a través de su agente o corredor de seguros.

Y recuerde que estos profesionales serán, también, su mejor ayuda en caso de siniestro.



www.catalanaoccidente.com