

ACCIDENTES COLECTIVOS

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.caser.es

Inscrita en Registro Mercantil de Madrid
Tomo 2245 general, Folio 179, Sección 8ª, Hoja M-39662, Inscripción A 435
C.I.F. A 28013050

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de 14 julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



ÍNDICE

ARTICULO PRELIMINAR - DEFINICIONES	4
ARTÍCULO 1º – COBERTURA BÁSICA.....	9
ARTÍCULO 2º – COBERTURAS OPCIONALES:	9
ARTÍCULO 3º – ÁMBITO GEOGRÁFICO	10
ARTÍCULO 4º – ÁMBITO DE COBERTURA.....	10
ARTÍCULO 5º – RIESGOS EXCLUIDOS	11
ARTÍCULO 6º – PERSONAS NO ASEGURABLES.....	12
ARTÍCULO 7º – FORMALIZACIÓN DEL SEGURO	13
ARTÍCULO 8º – PERFECCIÓN Y EFECTO DEL SEGURO	13
ARTÍCULO 9º – DURACIÓN DEL SEGURO.....	14
ARTÍCULO 10º – MODIFICACIONES DEL RIESGO	14
ARTÍCULO 11º – COMO Y QUIEN PUEDE RESCINDIR LA PÓLIZA	14
ARTÍCULO 12º – SINIESTROS, OBLIGACIONES GENERALES.....	15
ARTÍCULO 13º – SINIESTROS, OTRAS OBLIGACIONES	15
ARTÍCULO 14º – SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS	18
ARTÍCULO 15º – SINIESTROS DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN	18
ARTÍCULO 16º – NORMAS PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN	19
ARTÍCULO 17º – PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	19
ARTÍCULO 18º – COMUNICACIONES	20
ARTÍCULO 19º – SUBROGACIÓN	20
ARTÍCULO 20º – PRESCRIPCIÓN.....	20
ARTÍCULO 21º – ARBITRAJE	20
ARTÍCULO 22º – JURISDICCIÓN	20

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

SERVICIO DE DEFENSA AL ASEGURADO



CONDICIONES GENERALES

ARTICULO PRELIMINAR - DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

ENTIDAD ASEGURADORA: CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. – -CASER-, en adelante “el Asegurador”, quien asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza las prestaciones que a tal fin se fijan en esta póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y las obligaciones que del mismo se deriven, excepto los que, por su naturaleza, correspondan a otras personas intervinientes en el seguro.

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.

COLECTIVO ASEGURADO: El seguro de accidentes colectivo debe estar referido a un conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común ajena al propósito de asegurarse, que al satisfacer las condiciones de adhesión requeridas, son Asegurados de la póliza y representados por el Tomador del Seguro.

ASEGURADO: Cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

BENEFICIARIO: La persona física o jurídica que, previa designación por el Asegurado, resulta titular del derecho a la indemnización.

La designación puede hacerse en la póliza, en una posterior comunicación al Asegurador o, en testamento.

Para el caso de fallecimiento, el Asegurado puede designar beneficiario y modificar o revocar su designación, excepto si ha renunciado expresamente y por escrito a la facultad de revocación. Si el asegurado no ha realizado tal designación, tendrán la consideración de Beneficiario, los que en riguroso orden de preferencia, a continuación se indican:

1º Su cónyuge no separado legalmente, o quién ostente dicha condición, 2º Hijos del Asegurado, 3º Herederos legales, 4º A quien en derecho corresponda.

Para las garantías de Invalidez e incapacidad el beneficiario será el propio asegurado.

El Asegurador, pagará la indemnización de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de beneficiarios.

Si existen varios beneficiarios designados con el mismo orden de preferencia, las prestaciones aseguradas se distribuyen por partes iguales, o en proporción a la cuota hereditaria si la designación se hace en favor de los herederos. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Si el fallecimiento del Asegurado es causado intencionadamente por su único beneficiario, la indemnización se integrará en el patrimonio del Tomador. Si existiesen otros beneficiarios, conservarán su derecho a la indemnización.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, en las que se recogen los aspectos genéricos de funcionamiento de los seguros de accidentes emitidos por el Asegurador; y las Condiciones Particulares, que precisan el precio del seguro y cuantos detalles son necesarios para la personalización del contrato y para la delimitación y cuantificación de sus garantías.

También forman parte de la póliza la solicitud-cuestionario que sirve de base para la emisión y cuantos Suplementos o Apéndices se acuerden para su complemento o modificación.

PÓLIZA COLECTIVA: Aquella póliza por la que el Tomador del seguro, normalmente una persona jurídica, contrata unas coberturas para unos Asegurados y/o Beneficiarios específicos, normalmente clientes o empleados del Tomador del Seguro. El Tomador del Seguro asume la responsabilidad de informar de las coberturas, delimitaciones y/o limitaciones de la póliza contratada a los Asegurados y/o Beneficiarios de la misma.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO: En caso de existir, particularizan el riesgo para cada Asegurado, forman parte integrante de la póliza y condicionan la toma de efecto de las garantías del seguro de acuerdo con la fecha que en ellos se indica, cuando el Tomador ha pagado su prima respectiva.

OBJETO DEL SEGURO: El objeto del seguro es garantizar al Asegurado, o en su caso al Beneficiario, el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares para cada una de las coberturas, cuando se produzca un siniestro cubierto.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo de cobro contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

El precio se fija teniendo en cuenta las condiciones de la póliza, con todas sus coberturas, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo declarado por el Tomador del seguro.

SUMA ASEGURADA: La establecida en cada una de las coberturas de las Condiciones Particulares y cuyo importe es la cantidad máxima que, caso de producirse el siniestro, está obligada a pagar el Asegurador.

LÍMITE POR PERÍODO DE SEGURO: La cantidad máxima a cargo del Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, intereses y gastos correspondientes a cada periodo de seguro, con independencia de que sea consumida en uno o varios siniestros, entendiéndose por Periodo de Seguro el comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento, expresadas en la póliza, o el periodo anual establecido en la última prórroga o recibo de prima correspondiente.

LÍMITE POR SINIESTRO: El límite máximo de indemnización a cargo del Asegurador por cada siniestro. Aun cuando, como consecuencia de un mismo hecho, resultasen afectadas diversas garantías de la póliza, no podrá exceder de la suma asegurada reflejada en las Condiciones Particulares.

SUBLÍMITES: En el caso de que en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de la póliza se establezca algún sublímite, éste se entenderá que es parte integrante del límite de indemnización y no adicional al mismo.

SUBLÍMITE POR VÍCTIMA: La cantidad máxima a cargo del Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, intereses y gastos correspondientes a la víctima, lesionado, junto con las que, en su caso, pudieran corresponder a sus causahabientes o perjudicados.

SINIESTRO: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía.

FECHA DEL SINIESTRO: A efectos de determinar la fecha del hecho causante de la indemnización, se tomará como fecha de siniestro aquella en la que se haya producido el accidente, con independencia de la fecha en la que se produzca la resolución de la Autoridad Laboral competente.

ACCIDENTE: La lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

- ACCIDENTE LABORAL:

Toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o, en caso de disconformidad, por los órganos de la jurisdicción del Orden Social a través de sentencia firme.

También se considera como accidente laboral el riesgo "in itinere".

- ACCIDENTE NO LABORAL:

Toda lesión corporal que se produzca tanto en el domicilio habitual del Asegurado como en cualquier otro lugar siempre y cuando no tenga la consideración de accidente laboral. Quedando por tanto excluido el riesgo "in itinere"

- **ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:**

Se entiende por accidente de circulación, aquel que sufra el Asegurado:

Siendo conductor autorizado y legalmente habilitado u ocupante de plaza autorizada de cualquier vehículo terrestre de exclusivo uso particular, de dos o más ruedas y con motor o sin él, legalmente autorizado para circular por vías públicas.

Viajando como pasajero de cualquier medio autorizado de transporte público de personas, sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo e incluyendo la subida, entrada embarque y la bajada, apeo o desembarque del medio utilizado.

Circulando como peatón y ocasionado por cualquier vehículo terrestre, con o sin motor, incluidos los ferroviarios.

- **TENDRÁN LA CONSIDERACIÓN DE ACCIDENTE:**

Los hechos que seguidamente se relacionan, siempre y cuando sean involuntarios:

- a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos, siempre que no se trate de productos alimenticios o medicamentos prescritos por el médico.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, y siempre que quede fehacientemente demostrada la relación causa-efecto.
- c) Las insolaciones, congestiones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencias de un accidente cubierto por la póliza.
- d) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos para el salvamento de personas o bienes, judicialmente apreciados una y otros.
- e) Los sobrevenidos en situaciones de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o epileptiformes, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que se desconozca la preexistencia de tales afecciones.

- **NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES:**

Las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que pueda probarse que son consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

Cualquier patología que sea consecuencia de una sobrecarga, sobreesfuerzos o microtraumatismos repetidos.

Salvo que sea considerado accidente laboral por la Autoridad Laboral competente.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL: Se entiende por Invalidez permanente parcial, la pérdida anatómica o funcional con carácter irreversible de cualquier órgano o miembro, sobrevenida a consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente.

La situación de invalidez permanente parcial será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

Será de aplicación el Baremo que se recoge en las Condiciones Particulares.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL: Es aquella que inhabilita al trabajador/asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La situación de invalidez permanente total será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: Es aquella que inhabilita por completo al trabajador/asegurado para toda profesión u oficio.

La situación de invalidez permanente absoluta será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

GRAN INVALIDEZ: Es la situación del trabajador/asegurado afectado de invalidez permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

La situación de gran invalidez será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Se entiende por Incapacidad o Invalidez Temporal a efectos del seguro, la imposibilidad temporal para realizar el trabajo u ocupación habitual del Asegurado, siempre que dicha incapacidad se derive de un accidente cubierto por póliza.

BAREMO: La tabla que establece los supuestos de invalidez permanente y el porcentaje de la suma asegurada que corresponde en cada caso.

ASISTENCIA SANITARIA: El Asegurador garantiza el pago de los Gastos de Asistencia Sanitaria en que incurra el Asegurado a consecuencia de un accidente, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y con los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

Esta garantía comprende los gastos de asistencia urgente o primeros auxilios, asistencia médica, ambulancia y traslado desde el lugar del accidente (en el caso de una urgencia vital), farmacia durante la permanencia del lesionado en los centros sanitarios, hospitalización, rehabilitación.

Quedarán excluidos en todo caso de la presente cobertura, los gastos de cualquiera prótesis que puedan ser precisas como consecuencia del accidente o de las intervenciones que hayan de realizarse.

Excepcionalmente, quedan incluidos los gastos de adquisición de la primera prótesis dental o acústica necesarias por prescripción facultativa, hasta el límite máximo de 300 € por siniestro, sin sobrepasar, junto con los demás gastos de Asistencia Sanitaria, la suma asegurada para esta garantía.

En el supuesto de contratación de cuantía ilimitada de esta garantía, los gastos de trasplantes de miembros u órganos, así como los daños en prótesis preexistentes, quedarán limitados a 3.000 €.

Los gastos de Asistencia sanitaria en el extranjero se limitan a la cantidad expresamente pactada en Condiciones Particulares.

RIESGO "IN ITINERE": Es el accidente que sufre el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo al domicilio habitual, siempre y cuando cumplan las siguientes características:

Que ocurra en el camino de ida o vuelta.

Que no se produzcan interrupciones por tareas no habituales en el desplazamiento entre el lugar de trabajo y el lugar del accidente.

Que se emplee el itinerario habitual.

El accidente tiene que ocurrir en un tiempo inmediato o próximo a la hora de entrada o salida del lugar del trabajo.

INFARTO DE MIOCARDIO: Lesión que sobreviene al Asegurado derivada de isquemia coronaria y que produce necrosis miocárdica. A tal fin el Asegurado deberá presentar alteración electrocardiográfica significativa de infarto y analítica con incremento de encimas miocárdicas.

CÓNYUGE: Persona que integra el matrimonio con el asegurado, o con la que está declarado legalmente e inscrito como pareja de hecho.

PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES. La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

REEMBOLSO. Es el pago realizado por el Asegurador de los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto en póliza, presentando los comprobantes correspondientes.

URGENCIA VITAL: Situación Grave que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado. Un accidente, necesariamente no supondrá una urgencia vital

PRÓTESIS: Toda pieza o aparato utilizado como reemplazo de un órgano o parte de un órgano. Se excluyen expresamente los implantes dentales.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares, mediante intervención quirúrgica.

LESIONES NO TRAUMÁTICAS: todas aquellas lesiones de órganos o tejidos que no sean producidas por acciones mecánicas externas.

FRACTURA: Rotura de la solución de continuidad en un hueso, afectando a todas sus capas y que separa más o menos los fragmentos.

LUXACIÓN: Dislocación permanente de las superficies articulares de los huesos que forman parte de una determinada articulación.

ESGUINCE: Distensión brusca o violenta de los ligamentos o fibras musculares, que puede llegar a la rotura, y que ocasiona dolor, tumefacción y limitación funcional.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Aquella que se adquiere a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y así sea dictaminada por la Autoridad Laboral competente.

ENFERMEDAD COMÚN: Toda alteración del estado de salud no derivada de accidente ni de enfermedad profesional.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.

GASTOS DE SEPELIO: En el caso de defunción del Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por las coberturas de la póliza, y hasta el límite de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, el Asegurador reembolsará, a sus herederos legítimos o a los beneficiarios de la póliza, los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento del cadáver (tales como embalsamamiento y ataúd especial para el traslado), conforme a los requisitos legales, además del coste del ataúd habitual así como de los gastos de inhumación y de ceremonia.

DÍA DE HOSPITALIZACIÓN. Serán las 24 horas continuas e ininterrumpidas transcurridas en el Centro Hospitalario donde el asegurado se encuentre hospitalizado.

No tendrán la consideración de hospitalización aquellos ingresos en un Centro Hospitalario, aunque sean prescritos por un facultativo médico, si su objetivo es distinto al tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad o accidente objeto de la cobertura.

Se excluyen de esta cobertura todos aquellos ingresos hospitalarios, aunque sean prescritos por un facultativo médico, que tengan por objeto el tratamiento rehabilitador del paciente.

CENTRO HOSPITALARIO: Establecimiento público o privado, Hospital, Centro sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran Centros Hospitalarios: Los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.

PERÍODO DE CARENCIA: El período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

FRANQUICIA: Cantidad expresamente pactada en la póliza cuyo importe se reducirá de la indemnización del siniestro o, periodo de tiempo durante el cual el Asegurado no tendrá derecho a la indemnización.

PROFESIÓN: la ocupación o actividad que con carácter liberal, autónomo o cuenta ajena, y en forma remunerada realice el Asegurado, y que figura expresamente como tal en las condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 1º – COBERTURA BÁSICA

Las pólizas deberán contratar, como mínimo, la siguiente cobertura:

*** FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE**

El Asegurador garantiza el pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares cuando, como consecuencia de un accidente cubierto, se produzca el fallecimiento instantáneo del Asegurado o éste sobrevenga, por la evolución de las lesiones sufridas, dentro del plazo de un año desde la fecha del siniestro.

Para los menores de 14 años de edad o incapacitados legalmente, la prestación por fallecimiento se refiere exclusivamente a los gastos de sepelio justificados, que en ningún caso podrán exceder de la suma asegurada para esta cobertura o como máximo la cantidad de 3.000 €.

El importe de las prestaciones satisfechas por invalidez permanente, a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las prestaciones a satisfacer por fallecimiento debido al mismo accidente.

ARTÍCULO 2º – COBERTURAS OPCIONALES:

Además de la Cobertura básica, se podrán contratar las siguientes coberturas opcionales, las cuales, en el caso de contratación, deberán figurar en las Condiciones Particulares de la póliza:

COBERTURAS DE FALLECIMIENTO:

- Fallecimiento por infarto de miocardio
- Fallecimiento por accidente de circulación
- Fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente
- Fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente de circulación

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (*):

Invalidez permanente parcial por accidente (Baremo)
Baremos progresivos (225% o 350%)

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (*):

- Invalidez permanente total por accidente
- Invalidez permanente total por infarto de miocardio
- Invalidez permanente total por accidente de circulación

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (*):

- Invalidez permanente absoluta por accidente
- Invalidez absoluta y permanente y/o parcial por accidente (Baremo)
- Invalidez absoluta y permanente y/o parcial por accidente de circulación (Baremo)

- Invalidez absoluta y permanente por infarto de miocardio
- Invalidez absoluta y permanente de ambos cónyuges en el mismo accidente
- Invalidez absoluta y permanente de ambos cónyuges en el mismo accidente de circulación
- Baremos progresivos (225% o 350%)

COBERTURAS DE GRAN INVALIDEZ (*):

- Gran invalidez por accidente
- Gran invalidez por infarto de miocardio
- Gran invalidez por accidente de circulación

COBERTURAS DE INDEMNIZACIÓN DIARIA:

- Invalidez temporal por accidente
- Indemnización diaria por enfermedad y/o accidente
- Indemnización diaria por hospitalización por accidente
- Indemnización diaria por hospitalización por enfermedad y/o accidente

COBERTURAS DE GASTOS:

- Asistencia sanitaria ilimitada en centros concertados
- Asistencia sanitaria limitada en centros de libre elección
- Asistencia en viaje

COBERTURA RESPONSABILIDAD CIVIL

(*) Las indemnizaciones abonadas por las Coberturas de Invalidez no serán acumulables entre sí, por lo que en caso de haber abonado indemnización por una Invalidez que luego deviene en Invalidez de grado superior, se deducirán las indemnizaciones abonadas en la Invalidez de Grado inferior a la finalmente padecida por el Asegurado.

ARTÍCULO 3º – ÁMBITO GEOGRÁFICO

Dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador garantiza las consecuencias de los accidentes ocurridos en todo el mundo, excepto en países en guerra declarada o países en conflicto.

Las garantías de Indemnización Diaria por Incapacidad Temporal y por Hospitalización sólo son otorgadas dentro de los límites del territorio español.

ARTÍCULO 4º – ÁMBITO DE COBERTURA

El Tomador establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza, una de las siguientes opciones:

Cobertura 24 horas. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido tanto en la vida privada como en el ejercicio de la profesión.

Cobertura profesional. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido en el ejercicio de la profesión.

Cobertura extraprofesional. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido en el transcurso de la vida privada.

Cobertura durante la actividad. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido durante la celebración o realización del acto o actividad señalada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 5º – RIESGOS EXCLUIDOS

- 5.1. Con carácter general, el Asegurador no garantizará los siguientes accidentes, enfermedades o lesiones, ni sus consecuencias:**
- a) Acaecidos antes de la fecha de efecto de la póliza, aún cuando se manifiesten durante su vigencia, ni las manifestadas después de transcurridos 365 días de la fecha del siniestro.**
 - b) Los daños por hechos o fenómenos que se encuentren cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, según la Legislación vigente en cada momento.**
- 5.2. Quedan excluidos los siniestros que sean consecuencia o se deriven de:**
- a) Los provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios de la Póliza. De existir varios beneficiarios, los no intervinientes conservarán íntegro su derecho a la totalidad del capital asegurado.**
 - b) Imprudencia temeraria, negligencia grave y/o participación del Asegurado en apuestas, desafíos, duelos, riñas o actos delictivos, salvo lo indicado en la letra d) del apartado Consideración de Accidente del Art. PRELIMINAR.**
 - c) La práctica profesional de cualquier deporte. Así como la práctica, en calidad de aficionado de: deportes acuáticos a más de 3 km., de la orilla o costa ; Submarinismo a más de 20 metros de profundidad; Actividades aéreas y paracaidismo; Automovilismo, motociclismo, competiciones de velocidad; Escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; Equitación y polo; Boxeo, lucha y artes marciales; Patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; Caza mayor fuera de España; Toreo y encierro de reses bravas; así como cualquier otro deporte o actividad cuyo riesgo pueda considerarse similar a los citados.**
 - d) La conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.**
 - e) Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.**
 - f) Lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente cubierto.**
 - g) Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto.**
 - h) El rescate de personas en montañas, mares, selvas o desiertos. Las insolaciones, congelaciones y otras consecuencias de la acción del clima que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto.**
 - i) Los accidentes sufridos por el Asegurado que se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes.**
 - j) Las consecuencias directas o indirectas, producidas por el virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**
 - k) Las lesiones corporales derivadas de un accidente cubierto por la póliza que no se hubiera manifestado ni estuviera acreditado dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.**
 - l) Las lesiones que se produzcan a consecuencia de una enfermedad, afecciones cerebro-vasculares, epilepsia, enajenación mental, síncope.**
 - m) El infarto, salvo que sea declarado como accidente laboral por la autoridad laboral competente. Para poder ser indemnizado como consecuencia de un**

infarto de miocardio se requiere que éste haya sido la causa única e inmediata del fallecimiento o de la invalidez.

- n) La miopía magna.
- o) En caso de agravarse las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morbozo preexistente o sobrevenido después de ocurrido aquél, pero por causa independiente del mismo, el Asegurador responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera tenido sin la influencia agravante de tal enfermedad o estado morbozo. Si no fuera posible determinar el grado de incidencias que las lesiones o estados patológicos preexistentes han tenido en la producción de las secuelas, se entenderá que han ocurrido al 50% con el accidente.
- p) Los accidentes producidos como consecuencia directa de una invalidez preexistente.

5.3. En ningún caso serán objeto de cobertura, aunque deriven de un accidente cubierto, las hernias de cualquier clase, las lumbalgias, cervicalgias y dorsalgias de cualquier etiología, las varices, los aneurismas; los accidentes cerebrovasculares salvo que sean consecuencia directa de un accidente cubierto en póliza, y todas las algias cuya causa no pueda ser objetivada por los medios de diagnóstico habituales.

ARTÍCULO 6º – PERSONAS NO ASEGURABLES

6.1. Salvo pacto expreso en contrario, el seguro será nulo de pleno derecho:

- a) **Para las personas aquejadas de ceguera o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), sordera completa, enfermos de SIDA, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, y las que hayan sufrido ataques de apoplejía o de “deliriums tremens”.**

No obstante, el Asegurador podrá aceptar, mediante pacto expreso, la cobertura de las personas afectadas por alguna de las lesiones, enfermedades crónicas o minusvalías físicas o psíquicas indicadas anteriormente.

Caso de manifestarse las enfermedades o circunstancias enumeradas en el párrafo anterior con posterioridad a la entrada en vigor de la póliza, el Asegurado deberá ponerlo en conocimiento inmediato del Asegurador, el cual, caso de no aceptar la continuidad de la póliza, reembolsará la parte de prima correspondiente al periodo que no consumido de la anualidad en curso, desde la fecha de la notificación.

- b) **Para las personas cuya edad en la toma de efecto del seguro sea superior a 65 años.**

6.2. Salvo pacto en contrario, al finalizar cada periodo de seguro, causaran baja como asegurados aquellos que durante el mismo hayan cumplido los setenta años de edad.

No obstante, el Asegurador podrá acepta la permanencia de los asegurados mayores de 70 años, en los términos en que su normativa de suscripción le permita. En estos supuestos las primas, coberturas y capitales podrán sufrir variación.

6.3. Para las personas que a la fecha de efecto de la póliza, se encontrase en situación de incapacidad temporal, o tramitando la solicitud de declaración ante cualquier organismo u órgano de la Seguridad social o, en su caso, ante el órgano de la comunidad autónoma que resulte competente, de la situación de Invalidez permanente parcial para la profesión habitual, de Invalidez permanente Total para la profesión habitual o de Invalidez permanente Absoluta para todo trabajo o de Gran Invalidez

- 6.4. Las garantías de Indemnización Diaria por Incapacidad Temporal y por Hospitalización, no tendrán efecto para las personas cuya edad, en la toma de efecto del seguro, sea inferior a 18 años o superior a 60 años. Asimismo, para las personas no afiliadas en el Sistema de Seguridad Social.**

Salvo pacto en contrario, las coberturas de Indemnización Diaria por Incapacidad Temporal y por Hospitalización, quedan anuladas al finalizar el período en el que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

ARTÍCULO 7º – FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

- 7.1. El contrato se basa en las declaraciones del Tomador del seguro y del Asegurado contenidas en la solicitud del seguro facilitada por Asegurador, así como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, puedan ser efectuadas por aquellos.
- 7.2. Las declaraciones inexactas suponen la modificación de las condiciones de la póliza, de acuerdo con las circunstancias conocidas por Asegurador en cada momento.
- 7.3. Si el contenido de la póliza difiere de las condiciones acordadas, el Tomador dispone de un mes, desde la entrega de la póliza, para reclamar al Asegurador que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 8º – PERFECCIÓN Y EFECTO DEL SEGURO

- 8.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes en la suscripción de la póliza, **teniendo el seguro efecto una vez firmada la misma y siempre que el Tomador haya satisfecho la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, si esta primera prima no ha sido satisfecha antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones.**

En caso de impago de la primera prima, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima en vía Ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación.

- 8.2. Las primas de las anualidades sucesivas se satisfarán en la forma y condiciones pactadas. En caso de impago, la cobertura del contrato quedará suspendida un mes después del día de vencimiento de la póliza (plazo de gracia) y el contrato extinguido si el Asegurador no reclama su importe dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima.
- 8.3. Suspendida la cobertura, si el contrato no es resuelto o extinguido conforme al apartado anterior, la misma volverá a tener efecto a las 00 horas del día siguiente a aquél en que el Tomador pague la prima.
- 8.4. El fraccionamiento del pago de la prima, si se ha convenido, no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que el Tomador está obligado a pagar la totalidad de los recibos correspondientes a la anualidad. Por ello, en caso de impago de cualquiera de las fracciones, será de aplicación a éstas lo establecido en el art. 15 de la LCS en cuanto a la suspensión de garantías de la póliza.

En caso de siniestro, el Asegurador puede deducir de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.

- 8.5. En caso de domiciliación bancaria de los recibos, para los pagos no fraccionados, la prima se entenderá pagada salvo que, intentado su cobro durante el plazo de gracia, no existan fondos suficientes por cualquier causa en la cuenta designada.

En este caso, el Asegurador se lo comunicará al Tomador y éste debe hacer efectiva la prima en el domicilio y en la forma que designe el Asegurador.

ARTÍCULO 9º – DURACIÓN DEL SEGURO

9.1. La duración del seguro será la establecida en las Condiciones Particulares.

Los seguros de duración anual, una vez transcurrido el periodo de cobertura, se entenderán prorrogados por un año más y así sucesivamente. No obstante, 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**.

9.2. Los seguros de duración temporal quedarán extinguidos a las 00 horas del día de su vencimiento temporal.

ARTÍCULO 10º – MODIFICACIONES DEL RIESGO

10.1. Durante la vigencia del contrato, el Tomador debe comunicar al Asegurador, en el más breve plazo posible, las circunstancias que impliquen una modificación del riesgo o cualquier otra circunstancia a la que se haya hecho mención para la contratación de la póliza.

10.2. Cuando tales circunstancias impliquen una agravación del riesgo declarado en la solicitud/cuestionario, el Asegurador, en el plazo de dos meses desde la recepción de la comunicación de la agravación o en el plazo de un mes a partir del conocimiento de la inexactitud en el cuestionario inicial, puede proponer una modificación de las condiciones del contrato. El Tomador del seguro dispondrá de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador.

10.3. El Asegurador puede, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo al Asegurado dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

10.4. La no comunicación a tiempo de una agravación de riesgo puede dar lugar a una reducción de la indemnización. Si el Tomador del seguro o el Asegurado no hacen la comunicación por dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

10.5. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

10.6. Si las nuevas circunstancias dieran lugar a una disminución del riesgo, el Asegurador reducirá el importe de la prima de la siguiente anualidad en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá optar por la rescisión del contrato y la devolución de la parte de prima no consumida desde la comunicación.

10.7. Asimismo, el Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador las variaciones en la composición del colectivo asegurado que puedan consistir en Altas, por la solicitud de inclusión en el seguro de nuevos integrantes del Grupo Asegurable, o en Bajas, por la pérdida de las características definidoras de la condición de Asegurado.

10.8. Si la modificación del riesgo supone que el Asegurado pase a situación de desempleo, la cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad Temporal quedará en suspenso y se mantendrán en dicha situación hasta que el Asegurado deje de estar desempleado

ARTÍCULO 11º – COMO Y QUIEN PUEDE RESCINDIR LA PÓLIZA

11.1. El Tomador del seguro y el Asegurador, conforme con lo estipulado en el Artículo 7.

11.2. El Tomador del seguro y el Asegurador, de mutuo acuerdo, después de cada comunicación de siniestro, aunque no de lugar a pago de indemnización.

11.3. Cuando la resolución del contrato haya sido instada por el Asegurador, este devolverá la parte de prima cobrada que medie entre la fecha de anulación y el vencimiento del

período en curso, salvo que la resolución se deba a dolo o culpa grave del Tomador del seguro o del Asegurado, en cuyo caso el Asegurador hará suya la prima del periodo en curso.

- 11.4. Cuando la resolución del contrato haya sido instada por el Tomador del seguro, no procederá devolución de prima alguna.

ARTÍCULO 12º – SINIESTROS, OBLIGACIONES GENERALES

En caso de siniestro el Tomador, el Asegurado, o el Beneficiario, deberán:

- 12.1. Emplear los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado, minorando las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa y la importancia de los daños.
- 12.2. Comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, con indicación de:
- Número de póliza.
 - Tipo de siniestro acaecido.
 - Fecha y hora del siniestro
 - Causas conocidas y presumidas.
 - Medios adoptados para minorar las consecuencias.
- 12.3. Facilitar por escrito al Asegurador, dentro del plazo máximo de cinco días a partir de la notificación del siniestro, toda clase de circunstancias y consecuencias del mismo. En caso de violación de este deber, el rehúse del siniestro sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario o que se hubiese realizado con intención de defraudar al Asegurador.
- 12.4. En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios causados.

ARTÍCULO 13º – SINIESTROS, OTRAS OBLIGACIONES

Para, en su caso, poder proceder al cobro de la indemnización, el Asegurado o los beneficiarios, si los hubiera, deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

- 13.1. Para todas las garantías:
- Ultimo recibo satisfecho, acreditativo del pago de la prima.
- 13.2. Para la cobertura de Fallecimiento:
- Historial médico completo del hospital o centro médico que hubiese asistido al Asegurado, en el que conste el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante de la muerte. En caso de no haber sido atendido en hospital o centro médico se aportará historial médico emitido por el médico de cabecera o, en su caso, por el último médico que le hubiere asistido.
 - Si las circunstancias en la que se produjo el accidente lo requieren, el beneficiario deberá aportar resultado completo del informe de autopsia, informe de toxicología, atestado policial y diligencias judiciales, si los hubiere.
 - En caso de fallecimiento por accidente de trabajo, se aportara copia del parte de Accidente de trabajo y resolución de la autoridad laboral competente por la que se reconozca la naturaleza laboral del evento, o en su caso, sentencia Judicial firme que lo acredite.
 - Certificado literal de defunción librado por el Registro Civil.
 - Certificado médico de defunción.

- Documentos que acrediten la personalidad y en su caso, la condición de Beneficiario.
- Copia del libro de familia de los beneficiarios.
- Nombramiento del tutor, en caso de ser menor el beneficiario.
- Carta de exención de Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda, que acredite la declaración del capital de la póliza contratada.
- Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones o Donaciones. Con este fin, el Asegurador emitirá el correspondiente certificado para el pago de impuestos.
- Certificado del Registro General de Actos de últimas voluntades y, si existiera testamento, copia simple del último testamento válido y Certificación del Albacea, respecto si en el mismo se designan beneficiarios del seguro. Si no existe testamento deberá presentarse el Auto de declaración de Herederos Abintestato dictado por el Juzgado competente.
- Según el ámbito de cobertura contratado, se podrá solicitar, el TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente.
- Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-1) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

13.3. Para la Invalidez Permanente Parcial, Invalidez Permanente Absoluta, Invalidez Permanente Total coberturas de Invalidez y Gran Invalidez:

- Historial médico completo del hospital o centro médico que hubiese asistido al Asegurado, en el que conste el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante de la invalidez. En caso de no haber sido atendido en hospital o centro médico se aportará historial médico emitido por el médico de cabecera o, en su caso, por el último médico que le hubiere asistido.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de primera asistencia que acrediten las lesiones, la fecha en que se produjo el accidente y los posibles antecedentes médicos.
- Dictamen propuesta del equipo de valoración de incapacidades (EVI) de la Seguridad social.
- Informe médico de síntesis o Informe médico de evaluación, emitido por el médico inspector de la Seguridad Social.
- Según el ámbito de cobertura contratado, se podrá solicitar, el TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente.
- Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-1) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.
- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal

- En caso de existir, resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad social o sentencia firme que reconozca que las lesiones suponen que el asegurado se encuentra en situación de incapacidad según el régimen correspondiente de la Seguridad social.
- A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia de oficio por el juzgado.
- Copia del certificado de seguro

13.4. En el caso de Incapacidad Temporal:

- Los documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de primera asistencia que acredite el estado de invalidez temporal, la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
- Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- Envío cada 30 días, y mientras no se produzca el alta definitiva, de certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
- Partes de baja, confirmación y alta del organismo laboral competente.
- Declaración escrita de forma de ocurrencia del accidente.
- Según el ámbito de cobertura contratado, se podrá solicitar, el TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente

13.5. En el caso de Indemnización diaria por Hospitalización:

- Los documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Certificado de ingreso en el centro hospitalario y alta del mismo.
- En el caso de accidente: informe de primera asistencia, Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- En el caso de enfermedad: fecha de inicio de las manifestaciones clínicas Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- Envío cada 30 días, y mientras no se produzca el alta hospitalaria, de certificados médicos sobre el curso de su patología.
- Partes de baja, continuidad y alta del organismo laboral competente.
- Declaración escrita de forma de ocurrencia del accidente.
- Según el ámbito de cobertura contratado, se podrá solicitar, el TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente

13.6. Para la Responsabilidad Civil:

- La documentación requerida en cada caso por el Departamento de prestaciones.

13.7. Para la Asistencia en viaje:

- La documentación requerida en cada caso por el Departamento de prestaciones.

13.8. En el caso de Asistencia Sanitaria:

- Los documentos que acrediten la personalidad así como el Número de Identificación Fiscal.
- Informe con la fecha en que se produjo el accidente que las motivó, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
- Informe de primera asistencia, en relación con el accidente que de lugar a la asistencia sanitaria.
- Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- Facturas justificativas, en su caso de los gastos médicos farmacéuticos incurridos y la prescripción médica que originen los mismos.
- Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.
- Si procede, certificado de la mutua de accidentes de trabajo u organismo competente que justifique que el accidente ocurrió durante el desarrollo de la actividad definida en condiciones particulares.

Para todas las garantías anteriores el Asegurador podrá solicitar cualquier otro documento que estime oportuno para la correcta determinación del siniestro o de la indemnización.

ARTÍCULO 14º – SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS

El asegurador podrá designar a un médico para que, a la vista de la información aportada y/o las visitas correspondientes al Asegurado ya sea en consulta, en el domicilio del propio asegurado, o en el Centro Hospitalario donde se encuentre ingresado, verifiquen la entidad de las patologías que presenta, la evolución de las mismas, las pruebas complementarias que le hayan sido realizadas y los tratamientos recibidos.

La oposición por parte del Asegurado o de sus familiares a estas inspecciones da lugar al cese del cobro de las indemnizaciones.

En todo caso, el Asegurador puede dar por concluido el siniestro, a efectos del pago de las indemnizaciones, cuando a juicio del médico por él designado se pretendiera la prolongación artificiosa del mismo ó se entienda que la situación clínica es compatible con el desarrollo de su actividad laboral.

ARTÍCULO 15º – SINIESTROS DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

- 15.1. La determinación de la indemnización se realizará por acuerdo entre las partes.
- 15.2. Si no se lograra el acuerdo dentro de los cuarenta días a partir de la fecha de declaración del siniestro, cada parte podrá designar un perito médico para que emitan un dictamen conjunto, 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 hubiese 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 vinculada por el mismo.

En el caso de que estos peritos no llegasen a un acuerdo, las partes deberán, de conformidad, designar un tercer perito médico y de no existir tal designación ésta se hará por el Juez de 1ª Instancia.

- 15.3. Cada parte satisfará los honorarios de su perito médico. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán por cuenta y mitad entre Asegurado y Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTÍCULO 16º – NORMAS PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN

Para determinar la cuantía de la indemnización se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- 16.1. El capital asegurado, para cada una de las coberturas, representa el límite máximo de indemnización a pagar por Asegurador en cada siniestro.
- 16.2. Las valoraciones y consideraciones de las prestaciones del seguro están sometidas a la normativa de este contrato, no siendo vinculantes otras normas de carácter laboral o social.
- 16.3. Para Invalidez Permanente, el grado de invalidez se determinará después de la presentación, por parte del interesado, del certificado médico establecido en el Artículo 11.3.
- 16.4. Para Asistencia Sanitaria, la cuantía de la indemnización se determinará por los gastos realmente incurridos por el Asegurado, de acuerdo con las facturas aportadas.
- 16.5. Para Incapacidad Temporal, los días que el Asegurado esté en situación de Incapacidad Temporal.
- 16.6. Para Indemnización Diaria por Hospitalización, por los días que el Asegurado haya permanecido ingresado en el Centro Hospitalario, de acuerdo con la documentación aportada.

ARTÍCULO 17º – PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

- 17.1. Cobertura de fallecimiento. El Asegurador satisfará la indemnización cuando haya recibido y analizado la documentación requerida en el Art. 11 apartado 1 y 2.
- 17.2. Coberturas de Invalidez Permanente. El Asegurador efectuará el pago de la indemnización en el plazo de 15 días contados desde:
 - La entrega de la documentación requerida en el Art. 11 apartados 3, si existe acuerdo en la graduación de la invalidez.
 - El acuerdo pericial o sentencia del Juez de 1ª Instancia, en virtud del Art. 13 apartado 2, si no ha existido acuerdo sobre la graduación de la invalidez.
- 17.3. Cobertura de Asistencia Sanitaria. El pago de los gastos se efectuará en el plazo de 15 días desde la recepción por El Asegurador de la documentación establecida en el Art. 11 apartado 8.
- 17.4. Cobertura de Incapacidad Temporal:
 - a) El pago de la indemnización diaria empezará a devengarse a partir del día siguiente a que se haya consumido la franquicia establecida en Condiciones Particulares.
 - b) El Asegurador efectuará el pago de la indemnización debida a partir de la fecha en que el Asegurado deje de tener derecho a la indemnización y obren en poder del Asegurador los documentos requeridos en el Art. 11 apartados 1 y 4
 - c) Excepcionalmente, el Asegurado podrá optar por cobrar cada 30 días consecutivos y devengados de Incapacidad Temporal.
- 17.5. Cobertura de indemnización Diaria por Hospitalización.
 - a) El pago de la indemnización diaria se efectuará en el plazo de 15 días, contados desde la recepción por el Asegurador de la documentación establecida en el Artículo 11º apartados 1 y 5
 - b) Excepcionalmente, el Asegurado podrá optar por cobrar cada 30 días consecutivos y devengados de Hospitalización.
- 17.6. En cualquiera de los casos, El Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días siguientes a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

- 17.7. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiera indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se verá incrementada con 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 ciento; 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 será del 20 por ciento.
- 17.8. **Regla de equidad.** Cuando las circunstancias del estado de salud, edad y profesión u ocupación habitual del Asegurado, sean distintas a las conocidas por El Asegurador (por inexactitud en las declaraciones del Tomador o por agravación posterior del riesgo sin comunicación al Asegurador), la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido dichas circunstancias.

ARTÍCULO 18º – COMUNICACIONES

- 18.1. Las comunicaciones a CASER se realizarán en el domicilio de ésta que se señala en la póliza.
- 18.2. Las comunicaciones y pago de las primas que se realicen en las delegaciones, sucursales u oficinas de CASER o al Agente mediador del contrato, surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.
- 18.3. Las comunicaciones efectuadas por el Corredor de seguros que medie en el contrato a CASER en nombre del Tomador del seguro surten los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del seguro, salvo indicación en contrario de éste.
- 18.4. Las comunicaciones al Tomador del seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio del Tomador que conste en póliza.
- 18.5. Las comunicaciones que efectúen el Asegurado o el Beneficiario a CASER deben realizarse a través del Tomador del Seguro.
- 18.6. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deben ser formalizados por escrito.

ARTÍCULO 19º – SUBROGACIÓN

En virtud de la garantía de Asistencia Sanitaria y de Indemnización Diaria por Hospitalización, con el límite de la cuantía de las prestaciones satisfechas por estas garantías, el Asegurador podrá subrogarse en los derechos y acciones del Asegurado frente a terceros responsables del siniestro, por el importe de las prestaciones satisfechas.

ARTÍCULO 20º – PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan del presente contrato, prescribirán en el término de cinco años a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 21º – ARBITRAJE

Si las partes estuviesen conformes, podrán someter sus divergencias respecto a la interpretación y cumplimiento de la póliza al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

ARTÍCULO 22º – JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado en España.



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

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos d de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o



actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.**
- f) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) **Los causados por mala fe del asegurado.**
- h) **Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Extensión de la cobertura.

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión

matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

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

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

3. Valoración de los daños:

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

4. Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.



SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO

1. CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) pone a disposición de sus clientes su Servicio de Defensa del Asegurado (Quejas y Reclamaciones) en Avenida de Burgos, nº 109, 28050 Madrid, y en la dirección de correo electrónico *defensa-asegurado@caser.es*.

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas, directamente o mediante representación acreditada, por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros y partícipes o beneficiarios de planes de pensiones de empleo y asociados de CASER, cuando las mismas se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros y planes de pensiones, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse, personalmente o mediante representación acreditada, en cualquier oficina de la Entidad abierta al público o en la oficina del Servicio de Defensa del Asegurado, en la Avenida de Burgos 109, 28050 – Madrid, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan su lectura, impresión y conservación, en cuyo caso, deberá ajustarse a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Defensa al Asegurado, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de su recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el Paseo de la Castellana, nº 44, 28046 Madrid. Igualmente, podrá someterla a los juzgados y tribunales competentes.

4. En todas las oficinas de CASER abiertas al público, y en la página web www.caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación, así como el Reglamento del Servicio de Defensa al Asegurado de la Entidad, que regula la actividad y el funcionamiento de este Servicio y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.

5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos, la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, texto refundido de la Ley y Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Orden ECC/2502/2012, que regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones entre otros, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los servicios de atención al cliente de las entidades financieras, texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias).

