

ÍNDICE

	Página
ARTICULO 1º. PRELIMINAR	3
ARTICULO 2º. DEFINICIONES	3
ARTICULO 3º. OBJETO, ALCANCE, VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN DEL SEGURO	13
ARTICULO 4º. COBERTURAS DEL SEGURO	
1. Fallecimiento por Accidente	16
2. Fallecimiento por Infarto de Miocardio	17
3. Fallecimiento por Accidente de Circulación	17
4. Incapacidad Permanente por Accidente	18
5. Incapacidad Permanente por Accidente de Circulación	28
6. Incapacidad Temporal por Accidente	29
7. Asistencia Sanitaria por Accidente	30
8. Gastos de Sepelio por Accidente	32
9. Subsidio por hospitalización derivado Accidente	32
ARTICULO 5º. RIESGOS NO ASEGURADOS	33
ARTICULO 6º. TOMA DE EFECTO DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y PERIODOS DE CARENCIA	36
ARTICULO 7º. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA	
1. Revalorización Automática de Capitales	36
2. Revalorización Automática de Tasas	37
ARTICULO 8º. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO	37
ARTICULO 9º. PAGO DE LA PRIMA	38
ARTICULO 10º. OBLIGACIONES Y FACULTADES DE LAS PARTES	
1. Declaración del Riesgo y Concurrencia de Seguros	39
2. Agravación del Riesgo	39
3. Disminución del Riesgo	40
4. Notificación del Siniestro	40
5. Aminorar las consecuencias del siniestro	40
6. Proporcionar informes del siniestro	40
ARTICULO 11º. SOLICITUD DE LAS INDEMNIZACIONES	41
ARTICULO 12º. DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	43

ARTICULO 13°. NORMAS DE TIPO GENERAL

1. Comunicaciones	43
2. Prescripción	43
3. Subrogación	44
4. Extravío o destrucción de la póliza	44
5. Resolución del Contrato	44
6. Impuestos y Recargos	45
7. Estructura Tarifaria según la edad y el sexo	45
8. Confidencialidad	45
9. Derechos de terceros	46
10. Deber del Tomador de informar a los Asegurados	46
11. Solución de conflictos entre las partes. Instancias de Reclamación	46

ARTICULO 14°. COASEGURO

1. Normas en régimen de coaseguro abridor	48
---	----

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

1. Resumen de las normas	49
2. Procedimiento en caso de siniestro	51

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

52

Artículo 1º. Preliminar

1.1. El presente contrato se rige por lo dispuesto en:

- Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de Octubre (B.O.E. 17-10-1980).
- Resolución de la Dirección General de Seguros de 22-7-1996 (B.O.E. 1-8-1996).
- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y el R.D.L. 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Diciembre, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 24/1997, de 15 de Julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social.
- Cualquier otra norma que durante la vigencia de este contrato pudiera ser aplicable.

El Asegurador queda sometido al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Economía de España.

1.2. El Tomador del seguro declara no estar obligado a contratar la póliza en virtud de algún pacto, pliego, acuerdo o convenio con los Asegurados, sino que la misma ha sido contratada por iniciativa propia y sin obligación alguna con dichos Asegurados.

Artículo 2º. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

2.1. Asegurado

Persona física sobre la que se establece el seguro y que en defecto del Tomador asume las obligaciones del mismo.

2.2. Asegurador

AXA Seguros Generales, SA de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en calle Monseñor Palmer, 1 07014 Palma de Mallorca, sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones organismo que depende del Ministerio de Economía y Hacienda de España.

2.3. Accidente

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

2.4. Accidente circulación

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, producida por u originada en un vehículo terrestre, aéreo o marítimo, y para la presente póliza si se hubiera contratado la cobertura de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN, en concreto:

- a) **como peatón en vía pública abierta al público, cuando el accidente sea causado por un vehículo.**
- b) **como usuario de transportes públicos marítimos, aéreos o terrestres.**
- c) **como conductor o pasajero de un vehículo terrestre con o sin motor, distinto a los de transporte público, con la excepción de los que pueda sufrir el Asegurado en calidad de conductor o pasajero de ciclomotores o motocicletas cualquiera que sea su cilindrada.**

2.5. Accidente laboral

Lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o a consecuencia de un accidente ocurrido durante la prestación de un trabajo retribuido ejecutado por cuenta ajena, siempre que sea considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.6. Agresión

Acción violenta y súbita cometida contra el Asegurado, sin que exista provocación por su parte, y que origine una lesión corporal.

2.7. Asistencia sanitaria

Atención o cuidado de la salud del Asegurado, cuando dicha salud se vea alterada a consecuencia directa de un accidente.

2.8. Beneficiario

Persona física o jurídica titular del derecho a la indemnización.

El titular del derecho a la indemnización será el Asegurado, salvo en el caso de su fallecimiento.

Si se produce el fallecimiento del Asegurado, será beneficiaria la persona que éste haya designado de forma expresa. La designación podrá hacerse en la póliza, en el momento de emitirse la misma, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en testamento. La designación podrá revocarse en cualquier momento y deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

En el caso de que se produjera el fallecimiento del asegurado sin designación expresa de Beneficiarios, el capital garantizado se abonará por el siguiente orden preferente y excluyente:

- a) Cónyuge no separado legalmente.
- b) Hijos a partes iguales.
- c) Padres.
- d) Herederos legales.

2.9. Boletín de adhesión

Documento que contiene los datos personales del Asegurado, las coberturas solicitadas y la designación de beneficiarios, sirviendo de base para la aceptación o rechazo del solicitante del seguro.

2.10. Callo óseo

Engrosamiento que aparece en los huesos durante el proceso de reparación de una fractura, a nivel precisamente del punto lesionado, una vez que la fractura está consolidada.

2.11. Capital garantizado

Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a cargo del Asegurador en cada una de las coberturas contratadas.

2.12. Carencia

Período de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, durante el cual no están en vigor las coberturas.

2.13. Certificado de seguro

Documento justificativo que acredita la pertenencia del Asegurado al Grupo Asegurado.

2.14. Cicatriz

Marca que aparece después de haberse curado totalmente una llaga, úlcera o herida.

La cicatriz es una masa de tejido conjuntivo que se forma en el lugar donde hubo una herida o un proceso inflamatorio, siendo el resultado de los fenómenos de reparación (cicatrización) que se producen para taponar la lesión causada por un traumatismo en un tegumento exterior u órgano o tejido profundo.

2.15. Cobertura

Conjunto de riesgos amparados por la póliza. El Asegurador cubre las consecuencias de los riesgos previstos en ella y, si se produce un evento cubierto, garantiza el pago de una indemnización.

2.16. Competir en deporte

Practicar un deporte sujeto a determinadas reglas o controles impuestos por Organismos al margen del competidor.

2.17. Cuestionario-solicitud

Formulario a través del cual el Asegurador obtiene del Tomador/Asegurado la información que precisa sobre las características de las personas y riesgos a asegurar, para resolver sobre su aceptación o rechazo y, en su caso, estimar la prima.

2.18. Cúmulo

Agrupación de Asegurados expuestos al mismo riesgo, en el mismo lugar y en el mismo momento.

Un cúmulo puede ser:

- a) **conocido**, el Asegurador conoce el número y la identidad de los Asegurados expuestos al riesgo.
- b) **desconocido**, el Asegurador no conoce el número y la identidad de los Asegurados expuestos al riesgo.

2.19. Deporte

Actividad recreativa, con predominio del ejercicio físico, casi siempre sujeta a determinadas reglas, requiriendo una preparación con distintos grados de intensidad y dedicación en función de las modalidades deportivas y objetivos que se deseen alcanzar, pudiendo convertirse en un medio y una forma de vida para la persona que practica el deporte.

2.20. Deporte aficionado con competición o exhibición

Deporte practicado de forma individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club, siendo su fin la competición o exhibición y no constituyendo éste un medio de vida para la persona que lo realiza.

2.21. Deporte aficionado sin competición ni exhibición

Deporte practicado con cierta regularidad en tiempo de ocio, por lo general de forma individual y al margen de la organización o supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club.

2.22. Deporte esporádico

Deporte practicado en tiempo de ocio, por lo general de forma individual, al margen de la organización o supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club y siempre que se practique de forma espontánea e irregular en el tiempo y no requiera una preparación teórica previa.

2.23. Deporte profesional

Deporte practicado de forma individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club y que constituya un medio de vida para la persona que lo realiza.

2.24. Edad actuarial

Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto del contrato.

2.25. Enfermedad

Alteración de la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión.

2.26. Enfermedad profesional

La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, provocada por la acción de los elementos o sustancias que sean propias de la profesión habitual realizada y siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.27. Estancia hospitalaria

La utilización de las instalaciones del hospital, siempre que se pernocte y se haga una de las comidas principales, almuerzo o cena, en el mismo.

2.28. Fallecimiento

Muerte del Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

2.29. Fecha de ocurrencia de un accidente

Momento en el que como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, éste fallece o se le producen unas lesiones que derivan en una incapacidad temporal, muerte o incapacidad permanente, independientemente de cuándo estas incapacidades resulten definitivas.

2.30. Franquicia

Porcentaje o parte del capital garantizado en cada cobertura, o número de días que queda a cargo del Tomador/Asegurado en caso de siniestro.

2.31. Garantía

Compromiso adquirido con el Tomador/Asegurado de responder del cumplimiento de la obligación contraída si se produce un hecho previsto en la póliza.

2.32. Gran invalidez

Situación del Asegurado que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o pérdidas funcionales, le inhabilita por completo para toda profesión u oficio y además hace que necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.33. Grupo asegurado

Conjunto de personas unidas por un lazo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, pero diferente a éste, que cumplen las condiciones precisas para poder ser Asegurados.

2.34. Hecho causante

Momento en que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de la cobertura.

2.35. Hospital

Establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades y lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

2.36. Hospitalización

Período de tiempo, medido en estancias, que permanece ingresado un paciente en régimen cerrado, esto es, que permanezca en el hospital, pernocte y haga las comidas principales, almuerzo y cena, en el mismo.

2.37. Incapacidad permanente

Pérdida orgánica o pérdida funcional de los órganos, miembros o facultades del Asegurado, que disminuyan o anulen total o parcialmente la capacidad del mismo de una forma irreversible y que sean consecuencia directa de un accidente.

La incapacidad permanente se clasifica en: incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta y gran invalidez, siendo definidas todas ellas en este mismo artículo.

Si el porcentaje sobre el capital garantizado, que según el baremo de estas Condiciones Generales corresponde a cada una de las secuelas contempladas en el mismo, se corrige mediante alguna fórmula, algoritmo matemático o tabla de equivalencias, la incapacidad permanente por accidente según baremo se denominará **“incapacidad permanente progresivas del tipo o modalidad B (225%) ó C (350%)”**.

2.38. Incapacidad temporal

Imposibilidad transitoria del Asegurado para el desempeño de su profesión u ocupación habitual, como consecuencia directa de una lesión corporal producida por un accidente.

2.39. Infarto de miocardio

Muerte o lesión del tejido muscular cardíaco por falta de flujo sanguíneo debido a la oclusión o trombosis de una o más arterias coronarias, siempre que sea considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.40. Intervención quirúrgica

Operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otro sistema de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiera la utilización de una sala de operaciones.

2.41. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo

La que inhabilite por completo al Asegurado para toda profesión u oficio, siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social, los que los sustituyan o por la Jurisdicción Social.

2.42. Incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el asegurado

La que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al Asegurado una disminución en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma y siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.43. Incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el asegurado

La que inhabilite al Asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.44. Lesión coporal

Cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

2.45. Lesiones permanentes no invalidantes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del Asegurado y siempre que sean consideradas como tales por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

2.46. Nexo laboral

Vínculo en virtud del cual una persona física, denominada trabajador, presta voluntariamente sus servicios retribuidos por cuenta ajena, dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, física o jurídica, denominada empleador o empresario y, para la presente póliza, Tomador.

2.47. Plazo de disputabilidad

Período de tiempo durante el cual el Asegurador puede negar las prestaciones o impugnar el contrato, alegando la existencia de lesiones o enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas.

Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esta facultad en el caso de que el Tomador/Asegurado haya actuado dolosamente.

2.48. Póliza

El documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- a) las Condiciones Generales,
- b) las Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo,
- c) las Especiales, si las hubiera,
- d) el Cuestionario-Solicitud o Boletín de adhesión y las pruebas médicas, en su caso.
- e) los Suplementos o Apéndices y las Actas que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

2.49. Practicar un deporte

El ejercicio físico continuado o esporádico, con fines recreativos o competitivos, casi siempre sujeto a determinadas reglas o pautas de conducta.

2.50. Prestación asistencial

Asistencia sanitaria derivada del tratamiento de una lesión corporal.

2.51. Prima

El precio del seguro. La prima es única y pagadera por anticipado; no obstante, podrá pactarse su pago de forma fraccionado. El recibo contendrá además los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

2.52. Prótesis

Elemento que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico o miembro o una parte de alguno de los mismos.

2.53. Secuela

Pérdida anatómica o pérdida funcional, irreversible y definitiva, que persiste tras la curación de una lesión padecida a consecuencia de un accidente.

2.54. Secuelas permanentes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo, no reconocidas como tales en vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social por tener su origen en un accidente no laboral y no constituir una incapacidad permanente, pero que sí suponen una disminución o alteración de la integridad física del Asegurado.

2.55. Siniestro

Hecho derivado de un accidente. El conjunto de daños o perjuicios derivados de una misma causa o suceso constituye un único siniestro.

2.56. Tomador del seguro

Persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe esta póliza y al que corresponden las obligaciones que de la misma se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

2.57. Urgencia vital

Situación grave que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inminente. Un accidente no necesariamente supondrá una urgencia vital.

Artículo 3°. Objeto, alcance, vinculación y extensión del seguro

3.1. Objeto del seguro

El Asegurador garantiza, **dentro de los términos establecidos en las Condiciones de la póliza**, el pago de las indemnizaciones previstas cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, considerado como tal por la resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

3.2. Alcance del seguro

3.2.1. Ámbito de aplicación

En el momento de la contratación de la póliza, el Tomador elegirá la modalidad de cobertura deseada, quedando recogida en las Condiciones Particulares, de entre las opciones siguientes:

a.- Cobertura veinticuatro horas. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido en cualquier momento del día.

b.- Cobertura laboral. El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, que tenga carácter de accidente laboral reconocido como tal en resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

c.- Cobertura de un acto o 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 de un acto o actividad señalado en las Condiciones de la misma.

3.2.2. Ámbito geográfico

Dentro de los límites establecidos en las Condiciones de la póliza, el Asegurador garantiza las consecuencias de los accidentes cubiertos, ocurridos en cualquier parte del mundo, **excepto en países en guerra declarada o latente**.

3.2.3. Asegurado

Tendrá la consideración de Asegurado la persona que cumpla **todos** los requisitos siguientes:

- a) estar vinculada al Tomador por un nexo laboral y constar en la **“Relación Nominal de Trabajadores TC2”** de la Seguridad Social en el momento de formalizar la póliza o durante la vigencia de la misma si el nexo laboral con el Tomador se iniciara después de la referida formalización;
- b) no encontrarse en situación de incapacidad temporal o pendiente de calificación de las lesiones o secuelas derivadas de un accidente, ocurrido antes de la formalización de la póliza o de la inclusión en la plantilla del Tomador;
- c) constar expresamente de forma nominativa en las Condiciones Particulares de la póliza o en los anexos a la misma.

3.3. Vinculación del seguro a las decisiones de los organismos competentes de la seguridad y/o jurisdicción laboral

Dado el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social que tiene la póliza y su sujeción, en consecuencia, a las normas socio-laborales, la calificación del accidente, del fallecimiento, del grado de incapacidad permanente y de las lesiones permanentes no invalidantes, vendrá determinada por la regulación de la Seguridad Social, en su caso, o por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

3.4. Calificación de las secuelas permanentes

Si en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconocieran al Asegurado unas secuelas derivadas de un accidente no laboral cubierto por la póliza que, sin embargo, sí estuvieran reconocidas en el baremo de la misma, el Asegurador entregará al Asegurado la indemnización que le corresponda de acuerdo con lo establecido en el referido baremo contenido en el Artículo 4º de estas Condiciones Generales.

3.5. Extensión del seguro

Reconocido el accidente como tal por resolución firme de los Organismos Laborales o Jurisdiccionales competentes, las indemnizaciones que pudieran corresponder al Asegurado, al amparo de las coberturas otorgadas en la póliza, se ajustarán a los siguientes extremos:

3.5.1. Requisitos necesarios para tener derecho a las indemnizaciones previstas en la póliza

Ambas partes contratantes, Tomador y Asegurador, pactan expresamente que el derecho del Asegurado o Beneficiario a las indemnizaciones previstas en la póliza como consecuencia directa de un accidente cubierto, será efectivo si se cumplen **todos** los requisitos siguientes:

- a) la cobertura objeto de reclamación está cubierta por la póliza;
- b) el accidente o, en su caso, las causas, sucesos o hechos que provocaron dicho accidente, no están excluidos en la póliza;
- c) la fecha del hecho causante se encuentra dentro del período de vigencia de la póliza;
- d) el accidentado era Asegurado en la fecha del hecho causante;
- e) las acciones derivadas del contrato no hayan prescrito.

3.5.2. Fecha de validez del capital de referencia para el cálculo de la indemnización

Reconocido el derecho del Asegurado a la indemnización, ésta se fijará tomando como referencia:

- a) en caso de fallecimiento, **el capital garantizado** en la fecha del hecho causante;
- b) en caso de incapacidad permanente de cualquier grado, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, **el capital garantizado** para la indemnización será el previsto en cada cobertura en la fecha del hecho causante;
- c) en el resto de coberturas, el capital o parámetro de referencia para la indemnización será el previsto en cada una de ellas en la **fecha de ocurrencia del accidente**.

3.5.3. Fecha del hecho causante

El hecho causante en cada cobertura contratada se entenderá producido:

3.5.3.1. en caso de fallecimiento, **en la fecha de ocurrencia del accidente;**

3.5.3.2. en caso de incapacidad permanente de cualquier grado o lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, **en la fecha de ocurrencia del accidente;**

3.5.3.3. en caso de enfermedad profesional, **será en la fecha que se produjo la causa determinante o se manifestó la misma, lo primero que se produzca;**

3.5.3.4. en el resto de coberturas contratadas, **será en la fecha de ocurrencia del accidente.**

3.5.4. Fecha de ocurrencia de un accidente

Momento en el que como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, este fallece o se le producen unas lesiones que derivan en una incapacidad temporal, muerte o incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, independientemente de cuándo éstas resulten definitivas.

3.5.5. Anulación de la póliza

En caso de que por decisión del Tomador o del Asegurador se anulara la póliza, cesarían las coberturas y garantías de la misma desde el mismo momento en que dicha anulación sea efectiva de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro. **No obstante, a la hora de reconocer indemnizaciones por accidentes ocurridos antes de la anulación, se tendrá en cuenta lo establecido en este Artículo 3º de estas Condiciones Generales.**

Artículo 4º. Coberturas del seguro

El Asegurador asume, en los términos establecidos en la póliza, los siniestros garantizados por las coberturas que a continuación se detallan, hasta el límite del capital garantizado en cada una de ellas, siempre y cuando dichas coberturas figuren expresamente señaladas en las Condiciones Particulares.

4.1. Fallecimiento por accidente

4.1.1. Fallecimiento del Asegurado

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares.

4.1.2. Fallecimiento simultáneo del Asegurado y su Cónyuge

En caso de que el Asegurado y su Cónyuge fallecieran a resultas de un mismo accidente cubierto por la póliza, **siempre que no fuera de**

aviación, motocicletas o ciclomotores, existiendo como Beneficiarios hijos de ambos menores de 21 años, o mayores incapacitados legal y permanentemente de forma absoluta para realizar cualquier profesión u oficio, el Asegurador abonará a dichos Beneficiarios otro capital igual al que les pudiera corresponder por la cobertura de fallecimiento por accidente.

De existir además otros Beneficiarios, éstos no verán aumentada su parte de indemnización.

4.1.3. Anticipo a cuenta

En caso de que a consecuencia de un accidente cubierto falleciera el Asegurado, el Asegurador podrá conceder un anticipo a cuenta, **cuya cuantía no excederá del 1% del capital garantizado para la cobertura de fallecimiento por accidente.**

4.1.4. Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el Artículo 3º y sucesivos de estas Condiciones Generales. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.

4.2. Fallecimiento por infarto de miocardio

Si a consecuencia de un infarto de miocardio cubierto por la póliza se produjera el **fallecimiento** del Asegurado, y dicho infarto de miocardio fuera considerado **accidente laboral** por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares.

4.3. Fallecimiento por accidente de circulación

4.3.1. Si a consecuencia de un **accidente de circulación** cubierto por la póliza, se produjera el **fallecimiento** del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares.

4.3.2. Se entenderá por accidente de circulación el que sufra el Asegurado según lo establecido en el Artículo 2º Definiciones, Apartado 2.4., de estas Condiciones Generales.

4.3.3. Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente de circulación y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el Artículo 3º y sucesivos de estas Condiciones Generales. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.

4.4. Incapacidad permanente por accidente según baremo

4.4.1. Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una **incapacidad permanente**, en sus grados de **“incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el Asegurado”**, **“incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el Asegurado”**, **“incapacidad permanente absoluta”** o **“gran invalidez”**, **unas lesiones permanentes no invalidantes**, el Asegurador le abonará la indemnización que le corresponda en función del grado de incapacidad permanente o lesiones permanentes no invalidantes, alcanzadas y reconocidas en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, según lo siguiente:

4.4.1.1. En caso de gran invalidez, una indemnización igual al capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares de la póliza para este grado de incapacidad o, en su defecto, al capital considerado para la cobertura de **“incapacidad permanente”**;

4.4.1.2. En caso de incapacidad permanente absoluta corresponderá una indemnización igual al capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares de la póliza para este grado de incapacidad o, en su defecto, al capital considerado para la cobertura de **“incapacidad permanente”**, **siempre y cuando el Asegurado alcance unas secuelas catalogadas por el Asegurador con el grado 100% en el baremo del Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de estas Condiciones Generales.**

Si en base al referido baremo las secuelas fuera de grado inferior al 100%, la indemnización se fijará de acuerdo al Apartado 4.4.1.3. siguiente;

4.4.1.3. En caso de incapacidad permanente total, incapacidad permanente parcial o lesiones permanentes no invalidantes corresponderá una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares de la póliza para estos grados de incapacidad o, en su defecto, al capital considerado para la cobertura de **“incapacidad**

permanente”, el porcentaje indicado en el baremo contenido en el Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de las Condiciones Generales, en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido;

4.4.2. En caso de que en la Vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconociera al Asegurado unas secuelas permanentes derivadas de un accidente no laboral cubierto por la póliza que, sin embargo, sí estén reconocidas en el Baremo del Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de las Condiciones Generales, el Asegurador entregará al Asegurado una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura o, en su defecto, al capital considerado para la cobertura de “incapacidad permanente”, el porcentaje indicado en el citado Baremo, en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

4.4.3. BAREMO para valorar el porcentaje de indemnización, en función de las secuelas definitivas e irreversibles, a consecuencia del accidente sufrido Cuestiones a considerar en la interpretación y aplicación del baremo:

- a) en la interpretación y aplicación del baremo se tendrá en cuenta, también, el contenido de las NORMAS que figuran en el Artículo 4º, Apartado 4.4.4., de estas Condiciones Generales;
- b) **todas las secuelas que se describen en el baremo son traumáticas, es decir, directamente derivadas de un accidente;**
- c) cada vez que en el baremo aparezca la palabra “**pérdida**”, ésta se interpretará como pérdida funcional o amputación, según la característica de la lesión que produjo la secuela al Asegurado;
- d) **el porcentaje fijado en el baremo en cada caso o tipo de secuela, representa el límite de indemnización en el supuesto de máximo grado de dicha secuela, por lo que si dentro del mismo caso, ésta fuera de grado inferior, el porcentaje se reducirá en función del grado real de la misma.**

BAREMO

Secuelas postraumáticas

Porcentaje sobre el capital garantizado

Cabeza

Pérdida (funcional o amputación)

Cráneo

- Estado vegetativo persistente o muerte cerebral (coma) 100%
- Alteración del habla sin posibilidad de comunicación 50%
- Amnesia anterógrada de fijación 30%
- Amnesia retrógrada de evocación 2%
- Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter y de la libido) 0%
- Epilepsia (sin antecedentes):
 - 1 ó 2 crisis anuales 10%
 - 1 ó 2 crisis mensuales 20%
 - Crisis frecuentes obligando a modificar actividades habituales 40%
 - Crisis frecuentes impidiendo una actividad regular 60%

Síndromes psiquiátricos

- Neurosis, psicosis 0%
- Síndrome depresivo 0%
- Trastorno orgánico de la personalidad 40%
- Demencia incurable y total 100%

Cara

Sistema óseo:

- Pérdida del maxilar superior 40%
- Pérdida de la mandíbula 35%
- Fractura no consolidada e inoperable de la mandíbula 15%

Sistema olfatorio:

- Pérdida total de la nariz 25%
- Pérdida parcial de la nariz 10%
- Pérdida del olfato (anosmia) 3%

Boca:

- Pérdida total de la lengua 30%
- Pérdida del gusto (ageusia no secundaria a la anosmia) 3%
- Pérdida completa de todas las piezas dentarias 20%

Sistema ocular:

- Pérdida de un ojo o la visión total de un ojo 30%

- Ceguera total, pérdida de los dos ojos 100%
- Alteraciones del campo visual (hemianopsias, cuadrantanopsias y escotomas) 15%

Sistema auditivo:

- Sordera unilateral 15%
- Vértigo vestibular o laberíntico persistente e intratable 25%
- Sordera bilateral 60%

Tronco, abdomen y pelvis

Pérdida (funcional o amputación)

Sistema óseo

- Neuralgia intercostal por fractura de costillas 0%

Sistema respiratorio

- Insuficiencia respiratoria:
 - Ligera (Disnea grado I PO₂ = 80-71) camina al paso normal 10%
 - Moderada (Disnea grado II PO₂ = 70-61) no sigue un paso normal 30%
 - Notable (Disnea grado III PO₂ = 60-45) no puede caminar más de 100 m. 60%
 - Importante (Disnea grado IV y V) fatiga en reposo 90%

Laringe y tráquea

- Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
- Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
- Traqueotomizado con cánula (irreversible) 40%

Mamas

- Mastectomía unilateral 15%
- Mastectomía bilateral 30%

Bazo

- Esplenectomía (extirpación total con repercusión hematológica) 10%
- Esplenectomía (extirpación total sin repercusión hematológica) 5%

Riñón

- Extirpación de un riñón (Nefrectomía) 20%
- Extirpación de los dos riñones 70%

Vejiga

- Incontinencia urinaria inoperable 10%

Aparato genital masculino

- Pérdida del pene 30%
- Pérdida de los dos testículos 15%
- Pérdida de un testículo 5%

Aparato genital femenino

- Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves 30%
- Pérdida de matriz 20%
- Pérdida de los dos ovarios 15%
- Pérdida de un ovario 5%

Columna cervical

- Secuelas subjetivas tras esguince cervical (mareos, cefaleas, vértigos, dolor) 0%
- Limitación de la movilidad cervical consecutiva de fracturas cervicales:
 - Menor o igual que el 20% 5%
 - Mayor que el 20% y menor que el 41% 10%
 - Mayor que el 40% 30%
- Artrosis cervical consecutiva de fracturas vertebrales 0%
- Hernia discal sin antecedentes de patología cervical:
 - que no requiera tratamiento quirúrgico 5%
 - que requiera tratamiento quirúrgico 10%
- Protusión discal sin antecedentes de patología cervical 0%
- Agudización del síndrome de una artrosis cervical 0%

Columna dorso lumbar y pelvis

- Limitación de movilidad dorso lumbar consecutiva de fracturas vertebrales:
 - menor o igual que el 20% 5%
 - mayor que el 20% y menor que el 41% 10%
 - mayor que el 40% 30%
- Hernia discal lumbar, sin antecedentes de patología lumbar:
 - que no requiera tratamiento quirúrgico 5%
 - que requiera tratamiento quirúrgico 10%
- Artrosis consecutiva de fracturas vertebrales sin antecedentes de patología dorsal o lumbar 0%
- Síntomas subjetivos en columna dorsal o lumbar (dolor, cansancio, rigidez) 0%
- Reagudización de procesos artrósicos en columna dorsal o lumbar 0%
- Hernia discal lumbar sin antecedentes de patología lumbar 15%
- Protusión discal lumbar sin antecedentes de patología lumbar 0%
- Disyunción púbica y sacroilíaca 10%
- Fracturas de ramas pélvicas que producen dolores 0%
- Coxigodinia postraumática que produce dolor 0%

Extremidades superiores

Derecho Izquierdo

Pérdida (funcional o amputación)

Hombro

- Abolición total del movimiento de hombro 30%..... 25%
- Rotura parcial del manguito de rotadores (inoperable),
incluyendo déficits funcionales 7% 6%

- Rotura total del manguito de rotadores (inoperable),
incluyendo déficits funcionales 15%..... 12%
- Hombro doloroso 0% 0%

Brazo

- Amputación a nivel del brazo 60% 51%
- Pseudoartrosis de húmero 15% 12%
- Roturas musculares inoperables (bíceps, tríceps),
incluyendo déficits funcionales 7% 6%

Codo

- Pérdida total del movimiento de codo 25%..... 20%
- Pseudoartrosis de codo (inoperable) 10% 8%

Antebrazo y muñeca

- Amputación de antebrazo 50%..... 40%
- Pérdida total de movimiento de muñeca 20% 17%
- Pseudoartrosis de cúbito y radio (inoperable) 10%..... 8%
- Algodistrofia de muñeca/mano (incluye repercusión funcional) 0% 0%

Mano

- Amputación de la mano (desde antebrazo) 50% 50%
- Pseudoartrosis de escafoides (inoperable) 5%..... 4%
- Amputación total del pulgar 20%..... 17%
- Amputación total del dedo índice 12%..... 10%
- Amputación total del dedo medio 8% 7%
- Amputación total del dedo anular 6% 5%
- Amputación total del dedo meñique 5% 4%
- Tendinitis 0% 0%

Parálisis Derecho Izquierdo

- Del plexo braquial 60%..... 51%
- Del nervio mediano 30%..... 24%
- Del nervio radial 30% 24%
- Del nervio cubital 30% 24%
- Del nervio circunflejo 10% 8%

Paresias Derecho Izquierdo

- Del plexo braquial 25% 20%
- Del nervio mediano 10% 8%
- Del nervio radial 10%..... 8%
- Del nervio cubital 10%..... 8%
- Del nervio circunflejo 3% 2%

Extremidades inferiores

Pérdida (funcional o amputación)

Cadera

- Abolición total del movimiento de cadera 25%
- Artrosis 0%

Muslo

- Amputación a nivel del muslo 50%
- Pseudoartrosis de fémur (inoperable) 30%

Rodilla

- Abolición total del movimiento de la rodilla 30%
- Lesiones ligamentosas operadas:
 - Ligamentos laterales:
 - con inestabilidad 5%
 - sin inestabilidad 0%
 - Ligamento cruzado:
 - con inestabilidad 10%
 - sin inestabilidad 0%
- Extirpación total de rótula (Patelectomía) 10%
- Extirpación parcial de rótula 5%

Pierna

- Amputación de la pierna por debajo de la rodilla 35%
- Pseudoartrosis de tibia (inoperable) 15%

Tobillo

- Abolición total del movimiento tibiotarsiano 15%
- Inestabilidad de tobillo (inoperable) 5%
- Artrosis tibio-tarsiana 0%
- Algodistrofia/osteoporosis 0%

Pie

- Amputación del pie 30%
- Amputación a nivel del tarso o metatarso 20%
- Amputación del primer dedo (el gordo) 10%
- Amputación de todos los dedos excepto el primero 10%
- Amputación de un dedo distinto al primero 3%
- Abolición del movimiento de la articulación subastragalina 8%
- Pie doloroso 0%

Parálisis

- Del nervio ciático 50%
- Del nervio ciático poplíteo externo 35%

- Del nervio ciático poplíteo interno 20%
- Del nervio crural 35%

Paresias

- Del nervio ciático 20%
- Del nervio ciático poplíteo externo 15%
- Del nervio ciático poplíteo interno 10%
- Del nervio crural 15%

Acortamiento de un miembro

- Igual o inferior a 1,50 centímetros 0%
- Mayor que 1,50 centímetros y menor que 3,10 centímetros 5%
- Mayor que 3 centímetros y menor que 6,10 centímetros 10%
- Mayor que 6 centímetros 15%

Sistema nervioso central

- Paraplejia 100%
- Tetraplejia 100%
- Hemiplejia completa 100%
- Pentaplejia 100%

Pérdidas conjuntas (funcional o amputación)

- Pérdida de los dos antebrazos 100%
- Pérdida de las dos manos 100%
- Pérdida de las dos piernas por debajo de la rodilla 100%
- Pérdida de los dos pies 100%

Valoración del infarto de miocardio

- Infarto de miocardio sin repercusión funcional 0%
- Infarto de miocardio con insuficiencia cardíaca :
 - Grado I
 - Disnea de grandes esfuerzos 10%
 - Grado II
 - Disnea de moderados esfuerzos..... 20%
 - Grado III
 - Disnea de pequeños esfuerzos 50%
 - Grado IV
 - Disnea de reposo 70%

Enfermedad profesional

- Si los Organismos competentes de la Seguridad Social, los que los sustituyan o la Jurisdicción Social reconocieran la enfermedad profesional como accidente laboral y otorgaran:
 - Una Gran Invalidez o una Incapacidad Permanente Absoluta 100%
 - Una Incapacidad Permanente Total 45%

- Una Incapacidad Permanente Parcial o unas Lesiones Permanentes no Invalidantes 0%
- Si no hubieran intervenido los Organismos competentes de la Seguridad Social, los que los sustituyan o la Jurisdicción Social 0%

Dolor

- Dolor sin limitación funcional de órgano o aparato 0%

Cicatrices, callos y perjuicios estéticos

- Cicatrices en la cara igual o superior a 2 centímetros 1%
- Cicatrices en el resto del cuerpo, cualquiera que sea su medida 0%
- Callos óseos 0%
- Perjuicios estéticos distintos a los derivados de una cicatriz en la cara 0%

4.4.4. Normas de aplicación en la valoración de las secuelas

- a) La valoración de las secuelas se fijará independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo contemplado en el Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de estas Condiciones Generales.
- b) **En el caso de Asegurados zurdos, y así declarado en el cuestionario-solicitud, los porcentajes consignados en la tabla anterior para las diversas secuelas de las extremidades superiores, derecha e izquierda, se entenderán invertidos.**
- c) Las secuelas no especificadas expresamente en el baremo del Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de estas Condiciones Generales, se valorarán en proporción a la gravedad de las mismas en comparación con las secuelas previstas en el referido baremo.
- d) **Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.**
- e) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considerará como la pérdida total del mismo.
- f) La valoración de las lesiones de miembros u órganos, no podrá ser aumentada por el estado de malformación de otros miembros u órganos que no han sido afectados por dicho accidente.
- g) En caso existir varias secuelas que afecten a un miembro u órgano, los diversos porcentajes parciales no podrán sobrepasar, en ningún caso, el porcentaje previsto en el baremo para la pérdida total o pérdida funcional de dicho miembro u órgano.

- h) Cuando existan varias secuelas provocadas por un mismo accidente, el porcentaje de cada una de ellas podrá acumularse; no obstante, la indemnización no excederá del 100% del capital garantizado.
- i) El Asegurador fijará la indemnización cuando las secuelas hayan sido reconocidas como definitivas, una vez agotados todos los medios para aminorarlas o eliminarlas.
- j) En caso de secuelas corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará la primera prótesis, hasta el límite del 1% del capital garantizado previsto para la incapacidad permanente.
- k) **Las Modalidades de incapacidad permanente Progresivas de tipo B ó C finalizarán cuando el Asegurado cumpla la edad de 60 años, siendo sustituidas por la modalidad de incapacidad permanente normal o sin progresividad, por lo que si a partir de dicha edad se produjera un accidente cubierto, se indemnizará de acuerdo al Baremo y Normas que corresponde a la referida Modalidad Normal A.**
- l) **Si se hubiera indemnizado por una incapacidad permanente, lesión permanente no invalidante o por unas secuelas permanentes, derivadas de un accidente o accidente de circulación cubierto por la póliza, y a resultas del mismo el Asegurado sufriera una incapacidad de grado superior a lo indemnizado, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre lo abonado y la indemnización que pudiera corresponderle derivada de dicha agravación. Si lo indemnizado fuera superior, el Asegurado queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.**

4.4.5 Tabla de equivalencias para indemnizar las secuelas en las modalidades de incapacidad permanente Progresiva de tipo B ó C

Si la modalidad de incapacidad permanente contratada es la progresiva de tipo B ó C y si las secuelas superan el 25%, según el baremo contenido en el Artículo 4º, Apartado 4.4.3., de estas Condiciones Generales, se aplicará la siguiente tabla de equivalencias para convertir los porcentajes de dicho baremo.

TABLA DE EQUIVALENCIAS SEGÚN EL PORCENTAJE DEL BAREMO

Grado	Mod. B	Mod. C	Grado	Mod. B	Mod. C	Grado	Mod. B	Mod. C
Inc. %	225%	350%	Inc. %	225%	350%	Inc. %	225%	350%
1 a 25	Sin variación							
26	27	28	51	78	105	76	153	230
27	29	31	52	81	110	77	156	235
28	31	34	53	84	115	78	159	240
29	33	37	54	87	120	79	162	245
30	35	40	55	90	125	80	165	250
31	37	43	56	93	130	81	168	255
32	39	46	57	96	135	82	171	260
33	41	49	58	99	140	83	174	265
34	43	52	59	102	145	84	177	270
35	45	55	60	105	150	85	180	275
36	47	58	61	108	155	86	183	280
37	49	61	62	111	160	87	186	285
38	51	64	63	114	165	88	189	290
39	53	67	64	117	170	89	192	295
40	55	70	65	120	175	90	195	300
41	57	73	66	123	180	91	198	305
42	59	76	67	126	185	92	201	310
43	61	79	68	129	190	93	204	315
44	63	82	69	132	195	94	207	320
45	65	85	70	135	200	95	210	325
46	67	88	71	138	205	96	213	330
47	69	91	72	141	210	97	216	335
48	71	94	73	144	215	98	219	340
49	73	97	74	147	220	99	222	345
50	75	100	75	150	225	100	225	350

4.5. Incapacidad permanente por accidente de circulación según baremo

4.5.1. Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una **incapacidad permanente**, en sus grados de **“incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el Asegurado”**, **“incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el Asegurado”**, **“incapacidad permanente absoluta”** o **“gran invalidez”**, o unas **lesiones permanentes no invalidantes**, el Asegurador le abonará la indemnización que le corresponda en

función del grado de incapacidad permanente o lesiones permanentes no invalidantes, alcanzadas y reconocidas en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, todo ello según lo establecido en el Artículo 4º, Apartado 4.4.1., de estas Condiciones Generales.

En caso de que en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconociera al Asegurado unas **secuelas permanentes**, para fijar la indemnización se tendrá en cuenta lo establecido en el Artículo 4º, Apartado 4.4.2., de estas Condiciones Generales.

- 4.5.2. Se entenderá por accidente de circulación, el que sufra el Asegurado según lo establecido en el Artículo 2 Definiciones, Apartado 2.4., de estas Condiciones Generales.

4.6. Incapacidad temporal por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una **incapacidad temporal**, que le impidiese ejercer su profesión u ocupación habitual, el Asegurador le abonará la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares.

4.6.1. Normas para la fijación de la indemnización diaria

- a) La indemnización diaria se empezará a devengar desde el mismo día del accidente, salvo que se haya pactado una franquicia en las Condiciones Particulares, en cuyo caso se devengará desde el día indicado en las mismas.
- b) **La indemnización diaria cesará cuando hayan transcurrido 365 días desde la fecha de ocurrencia del accidente o cuando el Asegurado se incorpore a su profesión u ocupación. Asimismo, también cesará al producirse el Fallecimiento o determinarse la Incapacidad Permanente.**
- c) Si en Condiciones Particulares se hubiera establecido una franquicia en días, el Asegurador abonará la indemnización en exceso de la misma y como máximo trescientos sesenta y cinco días **menos los días de duración de dicha franquicia.**
- d) **Para pólizas de duración inferior a un año**, la indemnización diaria comenzará a devengarse desde el día indicado en las Condiciones Particulares y se abonará hasta el alta médica **y como máximo durante el período de duración de dicha póliza.**
- e) **Para coberturas de duración inferior a un año**, con independencia de la duración de la póliza, la indemnización diaria comenzará a devengarse desde el día indicado en las Condiciones Particulares y

se abonará hasta el alta médica **y como máximo durante el período de duración de dicha cobertura.**

4.7. Asistencia sanitaria por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisara asistencia sanitaria, el Asegurador le abonará los gastos en que incurriera por dicha **asistencia sanitaria** durante el plazo y condiciones siguientes:

4.7.1. Gastos en régimen hospitalario o por servicios facultativos en régimen ambulatorio

El Asegurador **abonará** al Asegurado el coste de los servicios prestados por los facultativos que le atiendan en régimen ambulatorio, sin internamiento, o en régimen hospitalario, así como los derivados de cualquier tratamiento o intervención que precise dicho Asegurado mientras se encuentre hospitalizado, además del coste de los servicios de manutención y estancia y farmacia durante su hospitalización, **hasta un máximo de 365 días consecutivos, a contar desde el mismo día de ocurrencia del accidente.**

4.7.2. Otros gastos distintos a los médico/hospitalarios

El Asegurador **abonará** los gastos que se detallan a continuación, hasta el importe fijado en las Condiciones Particulares, **hasta un máximo de 365 días consecutivos, a contar desde el mismo día de ocurrencia del accidente.**

- a) **Traslado urgente.** El realizado al Asegurado inmediatamente después del accidente hasta el centro hospitalario en el que se practique la primera cura.
- b) **Desplazamientos.** Aquellos que durante el proceso de curación, deba realizar el Asegurado en un medio de transporte público acorde con las lesiones que padece.
- c) **Asistencia domiciliaria.** La asistencia a domicilio prescrita por los médicos y realizada por persona especializada, cuando el Asegurado no pueda valerse por sí mismo durante el proceso de curación y con el límite máximo de 60 días.
- d) **Adquisición e implantación** de la primeras prótesis ortopédica, dentales, ópticas o acústicas que necesite el Asegurado por prescripción facultativa.
- e) **Alquiler o compra** de elementos auxiliares tales como muletas, sillas de ruedas y análogos que deba utilizar el Asegurado por prescripción médica.

- f) **Rehabilitación física** por prescripción facultativa.
- g) **Medicamentos.** El coste de adquisición de medicinas prescritas médicamente durante el proceso de curación extrahospitalario.
- h) **Pruebas médicas.** El coste de los servicios complementarios prescritos por un facultativo al Asegurado durante el proceso de curación en régimen no hospitalario, tales como análisis, radiografías, resonancias, escáner y similares.
- i) **Estancia de un acompañante.** Los gastos facturados por el centro hospitalario como consecuencia de la manutención y estancia de un acompañante con el límite máximo de 72 horas.
- j) **Búsqueda y rescate** del Asegurado desaparecido.
- k) **Traslado** para inhumación en el lugar de residencia del Asegurado, cuando el accidente haya ocurrido en lugar distinto al de su provincia de residencia habitual.
- l) **Cirugía estética post-traumática.** La recuperación quirúrgica de defectos estéticos que hayan quedado tras la curación y realizada en los doce meses siguientes.
- m) **Compensación económica** por deterioro o pérdida de prendas y complementos de vestir deteriorados o perdidos como consecuencia de un accidente que origine tratamiento médico al Asegurado.
En la compensación se tendrá en cuenta la depreciación derivada del uso y disfrute de la prenda o complemento.

4.7.3. Normas de aplicación en la Asistencia Sanitaria

- a) **Si se prestase la asistencia por facultativos u hospitales no aceptados expresamente por el Asegurador, éste reembolsará al Asegurado la mitad de los gastos generados y como máximo el límite establecido en el Apartado 4.7.2., de estas Condiciones Generales.**
No obstante lo anterior, quedarán incluidos íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios, con independencia de quien los preste.
- b) **Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales del Asegurado se abonarán durante un periodo máximo de 30 días.**
- c) **La asistencia sanitaria cesará al producirse el fallecimiento o determinarse la incapacidad permanente y se abonará independientemente de éstas.**

- d) **Si la asistencia sanitaria también está garantizada mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos incurridos en la proporción que exista entre el límite por él otorgado y la asistencia total obtenida por el Asegurado.**
- e) **Los gastos de asistencia sanitaria amparados por la póliza no se abonarán al Asegurado si los mismos han sido abonados por otro seguro.**
- f) **Si en las Condiciones Particulares se hubiera establecido una franquicia, el Asegurador abonará el pago de la indemnización en exceso de la misma y hasta los límites previstos en las referidas Condiciones Particulares.**
- g) **Para pólizas de duración inferior a un año, la asistencia sanitaria se prestará desde el día del accidente y se abonará hasta el alta médica y como máximo durante el período de duración de dicha póliza.**
- e) **Para coberturas de duración inferior a un año, con independencia de la duración de la póliza, la asistencia sanitaria se prestará desde el día del accidente y se abonará hasta el alta médica y como máximo durante el período de duración de dicha cobertura.**

4.8. Gastos de sepelio por accidente

4.8.1. Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera el **fallecimiento** del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en las Condiciones Particulares.

4.8.2. **Se entenderá por Gastos de Sepelio, los gastos de traslado hasta el lugar de inhumación en su residencia habitual.**

4.9. Subsidio por hospitalización derivado de accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la hospitalización del Asegurado en un Hospital, el Asegurador le **abonará** el **subsidio diario** previsto en las Condiciones Particulares.

4.9.1. Normas para la fijación del subsidio diario.

- a) El Asegurador abonará el subsidio diario si la hospitalización es superior a 48 horas. En caso de producirse el reingreso del Asegurado, deberá igualmente superar el periodo de 48 horas para que tome efecto la cobertura.
- b) El subsidio por hospitalización cesará cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias: sobrepasar el límite de 365 días o causar alta el Asegurado en el centro hospitalario.

- c) No se considerará hospitalización las estancias en balnearios, hoteles, casas de reposo y similares, aunque sean con fines terapéuticos.

Artículo 5°. Riesgos no asegurados

Ambas partes contratantes, Tomador y Asegurador, pactan expresamente que no se pagarán los capitales previstos en la póliza cuando el Asegurado sufra unas lesiones corporales derivadas de las situaciones descritas a continuación:

- 5.1. Actos dolosos o causados intencionadamente por el Asegurado, salvo que el daño haya sido producido para evitar un mal mayor. En caso de ser causados dolosamente por el Beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor.**
- 5.2. Duelos, apuestas, desafíos, riñas, actos de temeridad manifiesta e injustificada o cualquier acción ilegal o delictiva en que participe el Asegurado, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- 5.3. Imprudencia o negligencia grave, declarados así judicialmente.**
- 5.4. Suicidio, tentativa de suicidio o automutilación.**
- 5.5. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (V.I.H.), el S.I.D.A. y las enfermedades y manifestaciones relacionadas con éste, cuando no sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.**
- 5.6. Intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios, salvo si se produce el fallecimiento del Asegurado.**
- 5.7. Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, salvo que el Asegurado o Beneficiario puedan probar que el accidente no tuvo relación con dicho estado por ser un tercero el causante del mismo.**

En caso de un accidente de circulación, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholismo exceda de lo permitido legalmente o, el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- 5.8. Conducción de un vehículo sin estar en posesión del correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.**

- 5.9.** Lesiones o enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- 5.10.** Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.
- 5.11.** Radiación o contaminación radiactiva, así como la que se derive de la energía nuclear, salvo que sea consecuencia de un tratamiento médico aplicado a causa de un accidente cubierto por la póliza.
- 5.12.** Aneurismas, varices, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, lumbo-ciática, distensiones, quebraduras musculares, lumbago, dolor, desgarro, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y, se puedan probar por medios diagnósticos precisos.
- 5.13.** Insolaciones, congestiones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- 5.14.** Infarto, infarto de miocardio, insuficiencia vascular, accidente vascular cerebral, angina de pecho, embolia, parada cardíaca, derrame, trombosis, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes de cualquier clase y, en general, supuestos de la misma o similar naturaleza, así como los accidentes que pudieran sobrevenir como consecuencia de dichos supuestos. Si se ha contratado la cobertura de infarto de miocardio y dicho infarto de miocardio tiene carácter de accidente laboral, en tal caso no será de aplicación la exclusión referida al mencionado infarto de miocardio.
- 5.15.** La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público, así como la utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea.
- 5.16.** “La catástrofe o calamidad nacional”, calificada como tal por el Estado.
- 5.17.** Guerra declarada o latente, invasión, hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.

- 5.18.** Hechos de carácter político o social, motines, alborotos, tumultos populares, terrorismo, rebelión, revolución, insurrección o usurpación de poder, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- 5.19.** Fenómenos de la naturaleza o de acontecimientos de carácter consorciable, salvo que los mismos supuestos que ampara el Consorcio de Compensación de Seguros ocurran fuera de España y se pueda probar que el Asegurado no se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- 5.20.** Los que corresponden al “Consorcio de Compensación de Seguros”, aun cuando este Organismo no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan la cobertura o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para dicho Organismo.
- 5.21.** La conducción de ciclomotores o motocicletas de cilindrada superior a 100 centímetros cúbicos.
- 5.22.** La práctica de un deporte y los entrenamientos realizados en calidad de aficionado con competición o exhibición participando en torneos, exhibiciones o competiciones organizadas o supervisadas por una federación deportiva, club deportivo u organismo con capacidad para ello, entendiéndose por deporte aficionado con competición o exhibición lo que se define en el Artículo 2º de las Condiciones Generales.
- 5.23.** La práctica y los entrenamientos de los deportes que a continuación se indican, independientemente del modo y frecuencia con se practiquen:
- ** Actividades subacuáticas con aparatos autónomos de ayuda respiratoria, alpinismo, artes marciales, automovilismo, boosleigh, boulder, buceo, boxeo, caza mayor, ciclismo (excepto paseo), culturismo, deportes en ríos de montaña, equitación (saltos), escalada, espeleología, goming, gimnasia (excepto mantenimiento), halterofilia, hockey sobre hielo, patines o hierba, hípica (excepto paseo), lucha grecorromana, libre o canaria, motociclismo, motonáutica, mountain bike (excepto paseo), paracaidismo, paso de montaña en cordada, pesca submarina, patinaje artístico, pruebas combinadas de atletismo, polo, puenting, rafting, rápel, rápidos, regatas a vela, rugby, rallys, rumming, surf, safari, saltos de trampolín, travesía de glaciares, trial, triatlón, vuelo sin motor, en parapente, en paracaídas, en ultraligero, en ala delta, en globo, en motoplano o vuelo deportivo, wind-surf y en general, cualquier deporte de nueva aparición de peligrosidad similar a los señalados anteriormente.**

5.24. La práctica profesional de cualquier deporte.

5.25. La enfermedad profesional.

Artículo 6°. Toma de efecto de las coberturas contratadas y periodos de carencia

Todas las coberturas, que en virtud de la póliza asume el Asegurador, serán otorgadas desde la fecha de inclusión de las mismas en las Condiciones Particulares, salvo aquellas que contengan alguna franquicia o período de carencia, en cuyo caso se estará a lo que se determine en dichas Condiciones.

En cualquier caso, en cuanto al derecho a la indemnización, se estará a lo dispuesto en el Artículo 3°, Apartado 3.5. “extensión del seguro”, de esta Condiciones Generales.

Artículo 7°. Revalorización automática

7.1. Revalorización automática de capitales

7.1.1. Los capitales garantizados en las coberturas contratadas en la póliza serán revalorizados automáticamente al vencimiento de cada anualidad de seguro, según el Sistema de Índice de Precios al Consumo (I.P.C.) publicado por el Instituto Nacional de Estadística o índice u Organismo que respectivamente lo sustituya.

7.1.2. Los nuevos capitales garantizados, así como la nueva prima anual, serán el resultado de multiplicar los que figuran en la póliza por el factor que resulte de dividir el Índice de Vencimiento por el Índice Base, entendiendo por:

- a) **Índice Base**, el que corresponda al último publicado por el Instituto Nacional de Estadística en la fecha de emisión de la póliza y que obligatoriamente ha de consignarse en la misma;
- b) **Índice de Vencimiento**, el último publicado por dicho Instituto, con dos meses de antelación a cada vencimiento anual de la póliza.

El Asegurador expedirá cada recibo anual modificando la prima de acuerdo con el porcentaje de aumento convenido.

- 7.1.3. El pago por parte del Tomador de cada recibo anual modificado según lo establecido en el apartado anterior, significará a todos los efectos la variación de los capitales asegurados en la misma proporción, **excepto en la cobertura de Asistencia Sanitaria, que sólo se modificará la prima en base al incremento que anualmente experimenten los costes sanitarios y demás variables que inciden sobre los mismos.**
- 7.1.4. El Tomador podrá en cualquier momento solicitar la modificación de los capitales asegurados, así como renunciar a la revalorización automática de los mismos. El Asegurador, previa aceptación, expedirá el oportuno suplemento de modificación.

7.2. Revalorización automática de la tasa de prima

El Asegurador podrá actualizar anualmente las tasas de prima en aplicación a lo dispuesto en la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normas aplicables. Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnicos actuariales necesarios para determinar la incidencia en la prima de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones garantizadas por el seguro, la incorporación a las coberturas garantizadas de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de consecuencias similares.

Artículo 8º. Perfección, toma de efecto y duración del contrato

8.1. Perfección y toma de efecto

El contrato se considerará formalizado y en vigor desde el momento que el Tomador firma la póliza y paga la prima, pero en ningún caso antes de la fecha y hora de efecto indicados en las Condiciones Particulares.

8.2. Duración

- 8.2.1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año, salvo notificación escrita efectuada con una antelación de al menos DOS meses a la conclusión del seguro.
- 8.2.2. Asimismo, cesarán las coberturas que a continuación se detallan, salvo que el Asegurador acepte expresamente la prórroga de las mismas:
- a) **al cumplir el Asegurado la edad de 65 años se extinguirá la cobertura de incapacidad temporal;**

- b) **al cumplir la edad de 70 años se extinguirán el resto de coberturas de la póliza no citadas en el apartado anterior;**
- c) **al cumplir el Asegurado la edad de 60 años, las modalidades de incapacidad permanente progresiva de tipo B o C se convertirán en la modalidad de incapacidad permanente normal o sin progresividad, prorrogándose la misma hasta que el Asegurado alcance la edad de 70 años.**

Artículo 9°. Pago de la prima

- 9.1.** El Tomador está obligado al pago de la prima en el domicilio del Asegurador, salvo pacto en contra establecido en las Condiciones Particulares.
- 9.2.** El pago de la primera prima será exigible a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.
- 9.3.** En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
- 9.4.** El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por él o por sus representantes legalmente autorizados.
- 9.5.** Si se pacta la domiciliación de los recibos de prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas.
 - a) El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez días. Transcurrido dicho plazo se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de prima.

- c) Durante la vigencia de la póliza el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el Apartado a).

Artículo 10°. Obligaciones y facultades de las partes

10.1. Declaración del riesgo y concurrencia de seguros

El Tomador o el Asegurado deberán declarar al Asegurador antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario-Solicitud que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo e igualmente las coberturas y garantías que concurren en otros seguros que se refieran a la misma persona.

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

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

10.2. Agravación del riesgo

El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador durante el curso del contrato, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo hubieran celebrado o lo hubieran concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de **dos meses** a contar desde el 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 aceptarla 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, que dispone de un nuevo plazo de **quince días**, transcurridos los cuales y dentro de los **ocho días** siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador, igualmente, podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado han actuado de 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.

10.3. Disminución del riesgo

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberán 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 para el Tomador. No obstante, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá solicitar la resolución del contrato y 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.

10.4. Notificación del siniestro

En caso de siniestro, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicárselo al Asegurador dentro del plazo máximo de **siete días** de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicho plazo, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Asimismo, el Tomador o el Asegurado deberán además, facilitar al Asegurador toda clase de informaciones y pruebas sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro.

10.5. Aminorar las consecuencias del siniestro

El Tomador o el Asegurado están obligados a aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios que están a su alcance. El incumplimiento de esta obligación con la intención de perjudicar o engañar al Asegurador liberará a éste de pagar la prestación.

10.6. Proporcionar informes del siniestro al Asegurador

El Tomador, el Asegurado y, en su caso, el Beneficiario, están obligados a proporcionar al Asegurador cuantos datos e informes les solicite acerca del

siniestro. Asimismo, el Asegurado y sus Beneficiarios deberán permitir cualquier reconocimiento o comprobación por parte de los médicos designados por el Asegurador, facilitándoles cuantos datos necesiten.

Artículo 11°. Solicitud de indemnizaciones

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda.

11.1. En caso de fallecimiento del Asegurado

- a) Certificado literal de defunción del Registro Civil y partida de nacimiento del Asegurado.
- b) Informe detallado del médico que le haya asistido, indicando la naturaleza del accidente y causas que le produjeron la muerte.
- c) Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia y de toxicología, si se han practicado.
- d) Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento, acta Notarial o Auto Judicial de Declaración de Herederos “ab intestato”.
- e) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- f) Los Beneficiarios deberán justificar su personalidad fehacientemente.
- g) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

11.2. En caso de incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes.

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- c) Dictámen-propuesta de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social (U.M.V.I.), así como la resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social (INSS), los que los sustituyan o la sentencia firme dictada por la Jurisdicción Social, según proceda.
- d) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

11.3. En caso de muerte por infarto de miocardio

- a) Los mismos documentos que se indican en el Apartado 11.1, y además:
- b) **Resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan o Jurisdicción Social, por la que se determine la muerte por Infarto de Miocardio como accidente laboral.**
- c) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

11.4. En caso de incapacidad temporal

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de baja y alta que determine esa incapacidad temporal, extendidos por la Seguridad Social.
- c) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- d) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar el pago de la indemnización.

11.5. En caso de asistencia sanitaria

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de primera asistencia o ingreso hospitalario, según proceda.
- c) Facturas de los gastos incurridos.
- d) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- e) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

11.6. En caso de subsidios por hospitalización

- a) Partes de alta y baja extendidos por el Hospital.
- b) Certificado Médico que acredite la hospitalización, así como la naturaleza y causas del accidente.
- c) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- d) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

Artículo 12°. Determinación y pago de la indemnización

12.1. En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago del capital o las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las Condiciones de la misma, el Asegurador efectuará dicho pago al Asegurado o Beneficiario de dichas prestaciones, una vez cubiertos los requisitos exigidos. Las prestaciones aseguradas se pagarán en el domicilio del Asegurador y dentro de los plazos establecidos en la legislación vigente.

12.2. En caso de que el Asegurador no hubiera efectuado el pago por causa no justificada en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro y presentación de los documentos exigidos, la indemnización por mora 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%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro la indemnización se verá incrementada de acuerdo con la legislación vigente.

Artículo 13°. Normas de tipo general

13.1. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.

Las dirigidas al Asegurador por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiarios podrán hacerse directamente al domicilio social del mismo, a las Sucursales o a los Agentes de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado y Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, por lo cual es preciso comunicar cualquier cambio que se produzca al objeto de poder hacer llegar a su destino las futuras comunicaciones.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del Tomador.

13.2. Prescripción

Las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en el término de CINCO AÑOS.

13.3. Subrogación

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la Cobertura de asistencia sanitaria, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y a otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar el Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

13.4. Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Tomador lo comunicará por escrito al Asegurador, quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

13.5. Resolución del contrato

Tomador y Asegurador podrán de mutuo acuerdo, resolver el contrato después de cada comunicación de siniestro, haya o no dado lugar a pago de la prestación.

La resolución del contrato se sujetará a las siguientes normas:

- a) la parte que tome dicha decisión deberá notificársela a la otra, por carta certificada cursada dentro del plazo de treinta días, desde la fecha de comunicación del siniestro o de efectuada la prestación;
- b) **si la parte que recibe la notificación no se opone a la resolución en el plazo de quince días desde la recepción de la misma, el contrato quedará resuelto;**
- c) en cualquier caso, el Asegurador deberá reintegrar al Tomador del Seguro la parte de la prima correspondiente que medie entre la fecha de efecto de la resolución del contrato y la expiración del periodo del seguro cubierto por la prima satisfecha;
- d) la resolución del contrato, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación a los siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro y cuyo hecho causante se produzca durante el mismo período.

13.6. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos, legalmente repercutibles, que se deben pagar por razón del contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado, en su caso.

13.7. Estructura tarifaria según la edad y el sexo

La prima a satisfacer por el Tomador podrá variar en función de la edad actuarial, del sexo y de la provincia de residencia del Asegurado.

Se entenderá por edad actuarial lo definido en el Artículo 2º Definiciones, de estas Condiciones Generales.

Cuando el Asegurado pase a una tabla de edad superior, se le aplicará automáticamente la prima que corresponda a dicha tabla.

13.8. Confidencialidad

Conforme a lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos, destacamos que los datos solicitados son de carácter obligatorio y serán utilizados por AXA SEGUROS E INVERSIONES para la evaluación y selección de los riesgos, la determinación de su aseguramiento, la realización de prestaciones, la liquidación de siniestros, la elaboración de estudios de técnica aseguradora, la prevención del fraude y para la información de los productos y servicios que se estimen convenientes. La negativa a facilitar la información requerida facultará al Asegurador a no celebrar el contrato.

A los efectos indicados y para el mejor cumplimiento y gestión del contrato, el abajo firmante otorga su consentimiento expreso para la inclusión de sus datos en un fichero automatizado así como a su tratamiento informatizado y conservación aunque la póliza no llegue a emitirse o se anule, en el caso de que se considere necesario para la adecuada actuación profesional y cumplimiento del contrato. Igualmente y a los fines indicados consiente expresamente para que sus datos puedan ser cedidos a sociedades del grupo AXA o a otras entidades relacionadas con el sector asegurador.

El declarante podrá ejercitar los derechos de acceso, cancelación y rectificación sobre sus datos, mediante solicitud escrita dirigida a la sede central de la Aseguradora, responsable del fichero, sita en Paseo de la Castellana, 79 de Madrid.

13.9. Derechos a Terceros

- a) El derecho de terceros a beneficiarse del seguro, en su calidad de acreedores del Asegurado, se extenderá únicamente a las indemnizaciones que correspondan en base a las coberturas de fallecimiento o incapacidad permanente. A este fin, el Asegurado comunicará al Asegurador la existencia de tal derecho y la fecha de su vencimiento. El Asegurador, notificada dicha existencia, no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular de tal derecho. En caso de litigio entre éste y el Asegurado, el Asegurador depositará su importe en la forma acordada por los interesados; si no hubiera acuerdo, se realizará según lo previsto en los artículos 1.176 y siguientes del Código Civil.

Si el Asegurador pagara la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberado de su obligación.

- b) La extinción del contrato de seguro no será oponible al acreedor hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción. Dichos acreedores podrán pagar la prima impagada por el Tomador o por el Asegurado, aún cuando éstos se opusieran. A este efecto, el Asegurador deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el Asegurado.

13.10. Deber del Tomador de informar a los Asegurados

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión de la póliza y durante la vigencia del contrato de seguro, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquéllos.

13.11. Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS de la Entidad Aseguradora, Camino Fuente de la Mora, 1, 28050, Madrid. Dicho Centro acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, ante cualquiera de los Comisionados previstos por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero y directamente en los servicios de reclamaciones o unidades administrativas equivalentes que radiquen en la sede central del Banco de España, de la Comisión Nacional de Mercado de Valores y de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, respectivamente, o en sus delegaciones. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de los servicios financieros.

- b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

Artículo 14°. Coaseguro

La póliza podrá suscribirse en régimen de coaseguro por el Asegurador como abridor y otros Aseguradores como partícipes, cuyo nombres y cuotas de participación en el riesgo asegurado figurarán en las Condiciones Particulares. En este caso, la palabra “El Asegurador” se sustituirá por “Los Aseguradores” en el texto de las presentes Condiciones Generales, y se tendrá en cuenta lo siguiente:

- 14.1.** Para la efectividad de las primas, el abridor extenderá y presentará al cobro un único recibo por la totalidad de las participaciones. Su pago tendrá efecto liberatorio para el Asegurado frente a cada una de los Aseguradores, sin perjuicio de las liquidaciones entre dichos Aseguradores a las que posteriormente hubiera lugar.
- 14.2.** En sus relaciones con el Asegurado, los Aseguradores estarán siempre representados por el abridor, incluso cuando se trate de declarar, tramitar o liquidar los siniestros que acaecieran. Sólo el abridor deberá dirigirse al Asegurado para comunicarle las contingencias de las que haya que dar cuenta a los aseguradores.
- 14.3.** Asimismo, en caso de siniestro, las decisiones que sea preciso adoptar para la común defensa de los intereses del Asegurado y Aseguradores se tomarán previo acuerdo entre aquél y el abridor, salvo en caso de que delegue en otro asegurador por circunstancias especiales y también de mutuo acuerdo. Sin perjuicio de las facultades del abridor, cuando la complejidad técnica y la importancia económica del siniestro lo aconsejen, a juicio de aquél, consultará a los Aseguradores que representen al menos el 50% de la participación en el coaseguro.
- 14.4.** Los Aseguradores de esta póliza prestan su conformidad al contenido del presente contrato mediante la firma del mismo, quedando entendido que lo establecido en los párrafos anteriores no implica que los Aseguradores respondan solidariamente del cumplimiento de las obligaciones que asumen por la póliza. La responsabilidad de cada uno de ellos es propia e independiente de la de los restantes Aseguradores, determinándose de conformidad con los porcentajes fijados en el cuadro de coaseguro y sin que por ningún concepto pueda exigírseles el pago de indemnizaciones que excedan de las que resulten de la aplicación de dichos porcentajes.

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

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 y el R.D.1265/2006, de 8 de noviembre, el tomador de un contrato de seguro de los que 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 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 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 salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza o revalorización automática de, capitales 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

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 está 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 las lesiones, 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.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, y el tratamiento de los mismos para la contratación del seguro. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión, desarrollo y cumplimiento de la relación contractual. Si el Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la contratación no podrá llevarse a cabo. Sus datos serán tratados de forma confidencial tanto por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza.

El Asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing- CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51.

Conforme al artículo 25 del RD Legislativo 6/2004 se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

El Tomador/ Asegurado abajo firmante reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en el artículo 104 del Real Decreto 2486/ 1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

El Tomador/ Asegurado reconoce haber recibido, leído y verificado esta póliza de seguro, acepta expresamente su clausulado y declara conocer tanto las condiciones que delimitan el riesgo, como las exclusiones y limitaciones del mismo, que aparecen expresamente indicadas en negrita.

En prueba de conformidad y autorización:

EL TOMADOR
Firma

AXA SEGUROS GENERALES, S.A. de
Seguros y Reaseguros P. P.



