

Seguro de Grupo ACCIDENTES

Seguros

**CATALANA
OCCIDENTE**

Póliza contratada con la Entidad Aseguradora indicada en la hoja de CONDICIONES PARTICULARES

INDICE

CONDICIONES PARTICULARES

Tomador del Seguro
Asegurado
Garantías, Períodos y Primas

CONDICIONES Y GARANTIAS ADICIONALES (Si las hubiere)

CONDICIONES GENERALES

1. PRELIMINAR
2. DEFINICIONES
3. OBJETO DEL SEGURO

4. RIESGOS EXCLUIDOS EN TODO CASO
5. RIESGOS EXCLUIDOS SALVO PACTO EN CONTRARIO
6. LIMITACIONES EN EL RIESGO DE AVIACIÓN

7. PERSONAS NO ASEGURABLES
8. CAPITALS ASEGURADOS
9. VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

10. GARANTÍAS DEL SEGURO
 - 10.1 Muerte
 - 10.2 Invalidez permanente
 - 10.3 Invalidez temporal
 - 10.4 Asistencia sanitaria

11. LIMITES GEOGRÁFICOS
12. PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO
13. PAGO DE LA PRIMA

14. DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO
15. OCURRENCIA DEL ACCIDENTE
16. INDEMNIZACIONES

17. RESCISIÓN EN CASO DE SINIESTRO
18. SUBROGACIÓN
19. NULIDAD Y PERDIDA DE DERECHOS

20. COMUNICACIONES
21. PRESCRIPCIÓN
22. JURISDICCIÓN
23. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

SEGURO DE GRUPO

ACCIDENTES CORPORALES

CONDICIONES GENERALES

1

PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O. del R. de 17 de octubre) y por lo convenido en las condiciones generales y particulares de este contrato sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares.

2

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

- 2.1 Entidad Aseguradora** La que figura en las Condiciones Particulares y asume el riesgo contractualmente pactado. Se denominará en lo sucesivo «el Asegurador»
- 2.2 Tomador del Seguro** Es la persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurado, suscribe este contrato y, al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.
- 2.3 Grupo asegurable** Es el conjunto de personas que, estando unidas por un vínculo o interés común, extraño al propósito de asegurarse, reúnen las condiciones precisas para ser asegurado.
- 2.4 Asegurado** Cada una de las personas pertenecientes al Grupo asegurable sobre la que se establece el seguro. El conjunto de asegurados constituye el Grupo asegurado.
- 2.5 Beneficiario** Es la persona titular del derecho a la indemnización que coincide en el propio Asegurado en los supuesto de invalidez y asistencia sanitaria. En caso de muerte del Asegurado, a falta de designación expresa en la póliza serán beneficiarios del seguro y por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes: 1º, el cónyuge; 2º, los hijos por partes iguales; 3º, los padres del asegurado y 4º, los herederos del asegurado.
- 2.6 Póliza** El documento que contiene las condiciones reguladores del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales; las Particulares que individualizan el riesgo; y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
- 2.7 Prima** Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 2.8 Suma asegurada** Es el límite máximo de la indemnización del Asegurador.
- 2.9 Módulo de variación** Es el factor objetivo, común para todos los componentes del Grupo asegurado, en virtud del cual se determinan los capitales asegurados y sus variaciones, así como la inclusión de cada asegurado en la categoría de capital que le corresponde.

2.10 Definición de accidente

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

Se entiende por invalidez permanente la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado cuya intensidad se describe en la Condición 10, y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados conforme al art. 104 de la Ley 50/1980.

Asimismo se entenderá por invalidez temporal aquella que de acuerdo con el dictamen referido en el párrafo anterior se estime recuperable, y durante el tiempo que impida la normal realización de su trabajo habitual por el asegurado.

3

OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada, de acuerdo con la definición de la condición 2.

4

RIESGOS EXCLUIDOS EN TODO CASO

Quedan excluidos:

4.1 Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa o tentativa de salvamento de personas o bienes.

4.2 Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.

4.3 Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental o por estar manifiestamente embriagado o bajo el efecto de drogas o estupefacientes.

4.4 Los accidentes causados por guerra civil o internacional, por actos realizados por fuerzas militares españolas o extranjeras, revolución, sedición, motín o desorden popular, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos sísmicos o meteorológicos - excepto la caída del rayo - y en general cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico.

4.5 La intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios o fármacos.

4.6 Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivadas por un accidente cubierto por la póliza.

4.7 Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

4.8 Las hernias de cualquier clase, esfuerzos musculares o lumbago, sean o no de origen traumático.

4.9 Los actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

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

5

RIESGOS EXCLUIDOS SALVO PACTO EN CONTRARIO

Quedan excluidos de la cobertura de esta póliza, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y en su caso se abone la sobreprima correspondiente, los accidentes derivados de:

- 5.1 La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea.
- 5.2 La utilización como pasajero de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para transporte público de viajeros.
- 5.3 La práctica profesional o remunerada de cualquier deporte.
- 5.4 La práctica como aficionado de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades (excepto trial y moto-cross), actividades subacuáticas (excepto pesca submarina sin escafandra autónoma), navegación deportiva a distancia superior a 60 millas de la costa, actividades aéreas, bobsleigh y saltos de esquí, boxeo, escalada y espeleología, toreo y encierro de reses bravas, así como cualesquiera otros deportes y actividades, incluso de nueva creación, cuyos riesgos puedan considerarse similares a los enumerados en este epígrafe.
- 5.5 La participación en pruebas o competiciones de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.

6

LIMITACIONES EN EL RIESGO DE AVIACIÓN

6.1 En los accidentes de aviación amparados por la póliza, las indemnizaciones para cada asegurado en las garantías de Muerte y/o Invalidez Permanente serán las establecidas como límite de indemnización en las Condiciones Particulares, con un máximo por siniestro de CIENTO MILLONES DE PESETAS.

En consecuencia, cuando la suma de cantidades aseguradas para las personas afectadas rebase el citado máximo, la indemnización que corresponderá por cada víctima será la que resulte de repartir dicha cifra proporcionalmente a las cantidades aseguradas.

6.2 La cobertura del riesgo de aviación amparado por la póliza no será aplicable, salvo pacto en contrario, cuando se aseguren grupos de personas que viajen constantemente juntos, tales como: equipos deportivos, masas corales, orquestas, compañías de teatro y grupos similares.

7

PERSONAS NO ASEGURABLES

7.1 Las personas mayores de 70 años. Sin embargo el Asegurador podrá aceptar la prórroga de año en año de los seguros ya existentes hasta cumplir el Asegurado la edad de 75 años.

7.2 El riesgo de muerte de las personas menores de 14 años o incapacitadas. En todo caso, sobre las personas menores de 14 años podrá asegurarse exclusivamente un capital destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado de fallecido.

7.3 Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica, que a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

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

8

CAPITALES ASEGURADOS

El importe de los capitales asegurados para cada miembro del grupo asegurado vendrá determinado en función del módulo de variación o factor objetivo que figura en las Condiciones Particulares.

El Tomador viene obligado a comunicar a la aseguradora las variaciones que, de acuerdo con el módulo deben producirse en los capitales asegurados.

Las reducciones de capital tomarán efecto desde la fecha de comunicación por el Tomador; sin embargo, los aumentos entrarán en vigor en el próximo vencimiento de prima o fracción o en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.



9

VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador comunicará al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado consistentes en:

9.1

Altas

Originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro.

9.2

Bajas

Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

9.2.1 Pago del capital en caso de fallecimiento del Asegurado.

9.2.2 Pago de una indemnización por invalidez equivalente al 100% del capital Asegurado.

9.2.3 Cumplimiento de la edad prevista en la condición 7.

9.2.4 Salida del grupo asegurado por causa distinta de las anteriores.

En este último supuesto el asegurador devolverá al Tomador del seguro, la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido.

9.3 La comunicación de las altas de asegurados se efectuará mediante los boletines de adhesión y las bajas mediante escrito al efecto.

Las altas surtirán efecto desde las 24 horas del día de la comunicación fehaciente, salvo pacto en contrario; las bajas desde la fecha que se indique en la comunicación.

9.4 Las regularizaciones de primas debidas a las variaciones por altas y bajas, se efectuarán, salvo pacto en contrario, al final de cada período de pago, estableciéndose la prorrata de prima correspondiente.

10

GARANTÍAS DEL SEGURO

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican:

10.1

Muerte

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.

10.2

Invalidez Permanente

En caso de invalidez permanente total o parcial a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará al Beneficiario la indemnización que resulte según las siguientes normas:

10.2.1 En el supuesto de invalidez permanente total se pagará el capital pactado en la póliza para este supuesto.

Se entiende por invalidez permanente total: la pérdida total de los dos ojos o de las dos extremidades superiores o de las dos manos completas; la pérdida total de las dos extremidades inferiores o de los dos pies completos; la pérdida simultánea de una extremidad superior y de una extremidad inferior; la enajenación mental absoluta e incurable; la parálisis completa.

10.2.2 En el supuesto de invalidez permanente parcial, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital pactado en la póliza los siguientes porcentajes:

Por la pérdida total de la extremidad superior	70%
Por la pérdida total de la mano o antebrazo	60%
Por la pérdida total de la extremidad inferior o de un pie	50%
Por la pérdida total de un ojo	30%
Por la pérdida total de cada falange del pulgar	11%

Por la pérdida total de cada falange del índice	5%
Por la pérdida total de cada falange del meñique	4%
Por la pérdida total de cada falange del medio	3%
Por la pérdida total de cada falange del anular	3%
Por la pérdida total de cada falange del dedo gordo del pie	4%
Por la pérdida total de cada falange de cualquier otro dedo del pie	1%
Por sordera completa de los oídos	40%
Por sordera completa de un oído	10%

10.2.3 La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. En los casos de disminución de su funcionamiento, el porcentaje arriba indicado se reducirá en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

10.2.4 En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular dentro del límite máximo de 100%.

10.2.5 En caso de invalidez parcial no indicada en la disposición 10.2.2. la indemnización se establece tomando en cuenta, en relación con el porcentaje de los casos relacionados, la medida en que la capacidad normal del Asegurado para cualquier trabajo provechoso, resulte permanentemente disminuida.

10.2.6 La determinación del grado de invalidez se efectuará de conformidad en el art. 104 de la Ley. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos conforme a los arts. 38 y 39 de la Ley.

10.2.7 Si después de fijada la invalidez sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por el Asegurador se considerarán a cuenta de la suma asegurada para caso de muerte.

10.2.8 El Asegurador abonará el importe de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales producidas por accidente garantizado en la póliza. El importe a abonar por dicha prótesis no excederá del 5% del capital asegurado para el caso de invalidez permanente.

10.3 Invalidez Temporal

En el supuesto de invalidez temporal a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará al Beneficiario la indemnización diaria pactada de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Integramente por tanto tiempo como el Asegurado se encuentre completamente incapacitado físicamente para atender a sus ocupaciones y no puede ni dar instrucciones, dirigir o vigilar.
- b) Parcialmente, es decir, con reducción a la mitad o un cuarto de dieta, en proporción al grado en que haya conservado o haya ido adquiriendo su capacidad física.

La indemnización por invalidez temporal se contará a partir del día siguiente al del accidente hasta el máximo de 365 días, siempre que el mismo haya sido notificado al asegurador dentro del plazo de tres días de haber ocurrido. En caso de hacerse la notificación transcurrido dicho plazo, la indemnización se computará a partir del día siguiente a aquél en que la aseguradora reciba la notificación.

10.4 Asistencia Sanitaria

En caso de accidente cubierto por la póliza, si la asistencia sanitaria está pactada en las Condiciones Particulares, los gastos médico-farmacéuticos y de estancia en hospitales, clínicas o sanatorios serán por cuenta del Asegurador a condición precisa de que la curación se lleva a cabo exclusivamente por los Facultativos y/ o Establecimientos designados por el Asegurador sin otra limitación que la de quedar reducida la prestación de dicha asistencia sanitaria a 365 días, pasado los cuales el Asegurador cesará en su obligación de hacerse cargo de la misma.

Dentro de la garantía de Asistencia Sanitaria quedan incluidos los gastos de locomoción y manutención del Asegurado cuando por indicación del Asegurador



o facultativo designado por éste, las lesiones hayan de ser curadas en población distinta a la de su residencia habitual.

El Asegurador, se hará cargo de los gastos de la asistencia de carácter urgente prestada por Médicos y/o Establecimiento no designados por el mismo. En caso de que el Asegurado, una vez atendida la urgencia, prosiga la curación por tales Médicos y/o Establecimientos, la aseguradora liquidará dichos gastos a tenor de los comprobantes extendidos, sin que su importe, juntamente con el de los gastos a que se refiere el párrafo anterior, pueda exceder del 10% del capital asegurado para caso de muerte, o para caso de invalidez permanente (cuando no se asegure el riesgo de muerte), con máximo de ptas. 300.000,- y en las mismas condiciones en cuanto a duración que figuran en el primer párrafo.

11

LIMITES GEOGRÁFICOS

En materia de riesgos ordinarios cubiertos por la presente póliza, las garantías de la misma surten efecto en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o en viajes que tengan carácter de exploración.

12

PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

12.1 El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares. En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

12.2 El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas.

12.3 Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en las Condiciones Particulares.

12.4 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. No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación superior a dos meses a la conclusión del período de seguro en curso.

13

PAGO DE LA PRIMA

13.1 El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en condición particular se acuerde otra cosa.

13.2 La primera prima o la prima única será exigible una vez firmado el 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, salvo pacto en contrario.

13.3 Mediante el correspondiente recargo, podrá convenirse el fraccionamiento de las primas anuales, fracciones de prima que deberán satisfacerse por anticipado.

Cuando habiéndose pactado el fraccionamiento del pago de la prima, la póliza se anulase por muerte o invalidez total del Asegurado, el Asegurador no exigirá el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

13.4 El asegurador sólo queda obligado por recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

14

DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

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

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

14.2 El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si el Asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

14.4 El Tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación de riesgo a que hace referencia el párrafo anterior el Tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando, hasta el momento en que ésta sea satisfecha, incluidas en la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgos, salvo pacto en contrario.

15

OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

En caso de accidente, el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario tienen los deberes y obligaciones siguientes:

15.1 Comunicar al Asegurador el acaecimiento del accidente dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, facilitándole toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que concurriese dolo o culpa grave en cuyo caso se perderá el derecho a la indemnización de acuerdo con el apartado d) de la condición 19.



15.2 Aminorar las consecuencias del accidente, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado y su pronto restablecimiento. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro conforme el apartado e) de la condición 19.

16

INDEMNIZACIONES

16.1 Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la invalidez permanente.

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

16.2.1 Muerte

a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.

b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

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

d) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

16.2.2. Invalidez Permanente:

Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

16.2.3. Invalidez Temporal:

Los partes de baja y alta que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

16.2.4 Asistencia Sanitaria

Las facturas acreditativas del tratamiento una vez terminado.

16.3 El Asegurador abonará la indemnización en el plazo máximo de cinco días después de recibida la documentación en el caso de muerte, o de quedar determinada la invalidez.

No obstante lo anterior, el Asegurador queda autorizado, en caso de muerte a retener aquella parte de la indemnización en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del impuesto sobre sucesiones.

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

16.5 Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere indemnizado su importe en metálico por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en un veinte por ciento anual.

En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un veinte por ciento anual más los gastos del proceso.

17

RESCISIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificársela a la otra por escrito dentro del plazo de

treinta días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la liquidación si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador del seguro, quedarán a favor del Asegurador las primas del período en curso, y si fuere del Asegurado, éste deberá reintegrar al tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

18 **SUBROGACIÓN**

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía 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 está obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

19 **NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS**

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

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al asegurador y han actuado con mala fe.
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.
- d) Si el Tomador del seguro o el Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.
- e) Si el Tomador o el Asegurado del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
- f) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

20 **COMUNICACIONES**

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador de seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste. La comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

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

21 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

22 JURISDICCIÓN

El presente contrato de seguro queda sometido a la Jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

23 RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Para los casos de muerte e invalidez permanente será de aplicación la siguiente cláusula:

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley de 16 de diciembre de 1954, que crea el Consorcio de Compensación de Seguros (B.O.E. de 19 de diciembre), Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), Real Decreto 2.022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes (B.O.E. de 1 de octubre) y disposiciones complementarias.

A. RESUMEN DE LAS NORMAS

1. Riesgos cubiertos

- a) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos).
- b) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

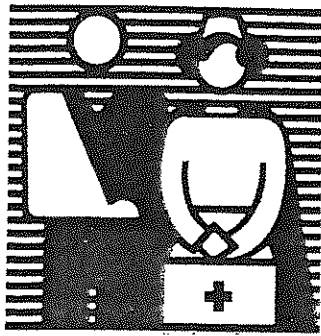
2. Riesgos excluidos

Conflictos armados; reuniones, manifestaciones y huelgas legales; energía nuclear; vicio o defecto propio de los bienes; mala fe del asegurado; daños indirectos; los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días a aquél en que haya ocurrido el siniestro, salvo reemplazo, sustitución o revalorización automática; siniestros producidos antes del pago de la primera prima; suspensión de cobertura o extinción del seguro por falta de pago de las primas; y los calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

B. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Comunicar en las Oficinas del Consorcio o de la entidad aseguradora de la póliza ordinaria la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas Oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de prima o certificación de la entidad aseguradora, acreditativos del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
- Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices o suplementos a dicha póliza, si los hubiere.



TRES REGLAS DE ORO PARA NUESTROS ASEGURADOS

- 1.** Su póliza es un documento valioso. Consérvela cuidadosamente e informe de donde la tiene guardada a sus representantes o a personas de su confianza.
- 2.** Si alguien le aconseja cambiar esta póliza por alguna otra, no se arriesgue a perder su asegurabilidad.
- 3.** Cuando tenga cualquier duda sobre esta póliza, consulte a su Agente o a nuestra Sucursal. Nuestro asesoramiento será siempre en su mejor interés, porque estamos convencidos de que nuestro mejor negocio es servir bien a nuestros clientes.

SI A PESAR DE SU PRUDENCIA TIENE UN SINIESTRO, DE URGENTE AVISO A:

EL AGENTE

O A LA SUCURSAL