

CONDICIONES GENERALES



Preventiva | **PROTGT**
Seguros





Servicio de atención telefónica 365 días al año

Con sólo marcar un teléfono, toda la organización de PREVENTIVA se pone en funcionamiento para solucionar su incidencia, cubrir y satisfacer sus necesidades.

Llámenos y le facilitaremos toda la información que necesite, las 24 horas del día.

También, utilizando la web: preventiva.com

**SERVICIO TELÉFONO DE ASISTENCIA
Y PROTECCIÓN FAMILIAR:**

915 16 05 00

PREVENTIVA PROTGT

(MODELO 070322)

CONDICIONES GENERALES

índice

	Página
ARTÍCULO PRELIMINAR	5
INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y PROTECCIÓN DEL CLIENTE	5
POLÍTICA DE PRIVACIDAD	6
SECCIÓN I. NORMAS GENERALES	10
DEFINICIONES GENERALES	11
ARTÍCULO 1. OBJETO DEL SEGURO Y GARANTÍAS	13
ARTÍCULO 2. BASES DEL CONTRATO	13
ARTÍCULO 3. PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO	14
ARTÍCULO 4. CONTRATACIÓN A DISTANCIA	14
ARTÍCULO 5. NULIDAD DEL CONTRATO	14
ARTÍCULO 6. PERSONAS NO ASEGURABLES	14
ARTÍCULO 7. RIESGOS ASEGURABLES	15
ARTÍCULO 8. DECLARACIÓN DE OTROS SEGUROS	15
ARTÍCULO 9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
ARTÍCULO 10. SUPUESTO DE EDAD INEXACTA DEL ASEGURADO	16
ARTÍCULO 11. DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO	16
ARTÍCULO 12. EXCLUSIONES	17
ARTÍCULO 13. DURACIÓN DEL CONTRATO	19
ARTÍCULO 14. MODIFICACIONES DEL CONTRATO	20
ARTÍCULO 15. PAGO DE LA PRIMA	20
ARTÍCULO 16. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	21
ARTÍCULO 17. SINIESTROS	21
ARTÍCULO 18. PRESCRIPCIÓN	25
ARTÍCULO 19. IMPUESTOS	26
ARTÍCULO 20. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES	26
ARTÍCULO 21. COMUNICACIONES	26
ARTÍCULO 22. REVALORIZACION AUTOMATICA DE SUMAS ASEGURADAS	27
SECCIÓN II. COBERTURAS	28
ARTÍCULO 23. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	29
ARTÍCULO 24. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	29
ARTÍCULO 25. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE SIMULTÁNEO	29
ARTÍCULO 26. FALLECIMIENTO POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	29



Preventiva
Seguros

Arminza, 2 • 28023 MADRID

preventiva.com

índice

ARTÍCULO 27. DECESOS POR ACCIDENTE	30
ARTÍCULO 28. GRADOS DE INVALIDEZ	30
ARTÍCULO 29. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE	31
ARTÍCULO 30. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	33
ARTÍCULO 31. GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE	33
ARTÍCULO 32. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN ...	33
ARTÍCULO 33. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR INFARTO DE MIOCARDIO O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	34
ARTÍCULO 34. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	34
ARTÍCULO 35. HOPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	35
ARTÍCULO 36. ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE	35
ARTÍCULO 37. PREVENTIVA ASISTENCIA	35
ARTÍCULO 38. GESTIÓN JURÍDICA	39
SECCIÓN III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS	46
ARTÍCULO 39. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	47

ARTÍCULO PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por la legislación española, en particular por la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de ese mismo año) de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo y demás leyes concordantes, a todo lo cual se somete en lo aquí no dispuesto, así como por lo convenido en las condiciones generales y particulares del presente contrato, y por los suplementos y apéndices que se puedan emitir para complementarlo o modificarlo.

El asegurador es PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Entidad), con domicilio en la calle Arminza, 2, 28023 Madrid, y NIF A-28027332, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 646, Libro 232, Sección 3ª, Folio 14, Hoja 1.849 y en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad, con clave administrativa C0155.

El control de la actividad aseguradora en España corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado español, quien protegerá el equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados y resolverá asimismo las reclamaciones que ante el mismo se formulen.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y PROTECCIÓN DEL CLIENTE

De conformidad con lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, que regula los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras, PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., como entidad del Grupo Asegurador PREVENTIVA, dispone de un Servicio de Atención al Cliente y un Defensor del Cliente para atender y resolver las quejas y reclamaciones que los clientes le presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones a cualquiera de las dos instancias mediante escrito dirigido a:

- Servicio de Atención al Cliente de PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., calle Arminza 2, Urbanización La Florida, 28023 Madrid, o bien mediante correo electrónico: reclamaciones@preventiva.com
- Defensor del Cliente: D.A. DEFENSOR, S.L., calle Velázquez, 80 - 1º D, 28001 de Madrid, Fax: 91 308 49 91, Tel.: 91 310 40 43 o bien mediante correo electrónico: reclamaciones@da-defensor.org

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses, desde su presentación en el Servicio de Atención al Cliente, o en el Defensor del Cliente.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, mediante escrito dirigido a Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

El Reglamento para la Defensa del Cliente, por el que se regula el funcionamiento interno de tramitación de las quejas y reclamaciones, se encuentra a disposición de los clientes tanto en la página web de Preventiva www.preventiva.com como en las oficinas de las entidades del Grupo PREVENTIVA.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Responsable del tratamiento de datos personales:

En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa aplicable sobre protección de datos de carácter personal, se informa de que los datos personales que nos facilite serán tratados por PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, (la Entidad) en calidad de responsable del tratamiento.

Los datos personales facilitados serán aquellos pertinentes y estrictamente necesarios para la formalización del contrato de seguro, así como para garantizar el desenvolvimiento de la relación contractual en su caso.

Con el fin de garantizar la protección de los datos personales, la Entidad ha designado un Delegado de Protección de Datos (DPD) con el que se puede contactar en la siguiente dirección: dpd@grupopreventiva.com.

Tipología y procedencia de los datos personales que se tratan:

En función de la relación que el interesado mantenga con la Entidad, bien sea en el marco de una solicitud o en el de formalización y ejecución de la póliza de seguro, se tratan las siguientes categorías de datos:

- Datos identificativos y de contacto, como: nombre y apellidos, NIF, domicilio, teléfono, dirección postal y electrónica, etc.
- Datos de características personales, como: estado civil, sexo, fecha de nacimiento, edad, nacionalidad, profesión, etc.
- Datos derivados de la relación contractual y comercial.
- Datos sensibles como los de salud, exclusivamente cuando sean necesarios para valoración y selección de riesgos, así como para la gestión de los siniestros.
- Datos de terceras personas, bien porque sean asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados, y han sido facilitados por el tomador de la póliza o por sus propios titulares.

Finalidad del tratamiento de datos personales:

Los datos personales podrán ser tratados con las siguientes finalidades:

1. Llevar a cabo medidas precontractuales de valoración, selección y tarificación de riesgos, así como formalizar el propio contrato de seguro. Realizar gestiones posteriores derivadas de la relación contractual, de índole administrativa o fiscal, u otras gestiones contractuales como, por ejemplo, realizar modificaciones en la póliza, ampliaciones de cobertura, o facilitar información bancaria.
2. Dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la póliza de seguro por la tramitación de los siniestros, bien sea por parte de la entidad aseguradora o bien a través de prestadores de servicios a asegurados o terceros intervinientes.
3. Intercambiar información con los mediadores de seguros, agentes y corredores, u otros operadores en su caso, como entidades aseguradoras con fines de distribución de seguros.
4. Realizar operaciones de reaseguro, coaseguro, administración o cesión de cartera con otras entidades aseguradoras o reaseguradoras.
5. Atender y gestionar las quejas y reclamaciones que en su caso se presenten, por parte de tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes.
6. Realizar acciones comerciales por cualquier medio (correo postal, electrónico, SMS o teléfono) de los propios productos de seguro de la entidad que pudieran ser de interés para el titular de los datos.
7. Llevar a cabo encuestas de calidad sobre de los servicios prestados, así como realización de análisis y estudios de mercado sobre los productos de la Entidad.
8. Realizar grabaciones de las conversaciones telefónicas que se mantengan entre el cliente y la Entidad con fines de control de calidad, así como para la defensa de los intereses de la Entidad en caso de controversia.

9. Prevenir el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo, al igual que prevenir o detectar cualquier otra conducta que pueda suponer la comisión de una actividad fraudulenta relacionada con el contrato de seguro, e informar a los organismos o autoridades competentes.
10. Intercambiar información entre las entidades que forman parte del Grupo Preventiva: EXPERTIA, SEGUROS DE DECESOS, S.A. y AVANTIA SERVICIOS DE GESTIÓN, S.L., a efectos de cumplimiento de las obligaciones de supervisión y solvencia, así como para la centralización de sus recursos.
11. Establecer ficheros comunes entre entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos, así como la elaboración de estudios de técnica aseguradora y lucha contra el fraude.
12. Elaborar perfiles de clientes con fines comerciales, a los efectos del diseño y comercialización de productos de seguros ofrecidos por la Entidad.

Legitimación del tratamiento de datos:

La base legal para el tratamiento de los datos se fundamenta en la suscripción y ejecución del contrato de seguro, así como en el cumplimiento de las obligaciones legales, el interés legítimo, o en el consentimiento del interesado, según se detalla a continuación:

1. El tratamiento de los datos necesario para la formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro tiene su base legal en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante LCS); en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante LOSSEAR); y en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante ROSSEAR).
2. El cumplimiento de las obligaciones derivadas de la póliza a efectos de prestación de servicios encuentra su base legal en el art. 99.1 de la LOSSEAR; y en los arts. 1, 18, y 38 de la LCS.
3. El intercambio de información con mediadores de seguros, así como a otras entidades aseguradoras con fines de distribución, se legitima en la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados.
4. El tratamiento para las operaciones de reaseguro se fundamenta en el interés legítimo de la Entidad para mantener un adecuado equilibrio técnico-financiero, así como en el art. 99.4 de la LOSSEAR. Las operaciones de administración o de cesión de cartera con otras entidades se fundamentan en el interés legítimo de la entidad, así como en las disposiciones legales de la LOSSEAR y ROSSEAR.
5. La atención de las quejas y reclamaciones legitima el tratamiento de datos en lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
6. El tratamiento necesario para las operaciones de marketing, publicidad y otras acciones comerciales se ampara en el interés legítimo de la Entidad, en virtud del considerando 47 del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016), así como en el consentimiento del interesado que se hubiera manifestado en un inicio, sin perjuicio de que pueda revocarlo en cualquier momento sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.
7. La realización de encuestas de calidad y estudios de mercado se ampara en el interés legítimo de la Entidad, a los efectos de conocer la calidad de los servicios prestados y la idoneidad de los productos que ofrece a sus clientes.
8. La grabación de conversaciones telefónicas se fundamenta en el interés legítimo de la Entidad, a los efectos de control de calidad, así como en la defensa de sus propios intereses ante una reclamación judicial o extrajudicial.

9. El tratamiento con fines de prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo encuentra su base legal en la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo. Por otro lado, el tratamiento con fines de prevención de fraude se ampara en el interés público, y cuenta, además con base legal en los arts. 99.7 y 100 de la LOSSEAR.
10. El intercambio de información entre las entidades del Grupo Preventiva tiene base legal en el art.99.3 de la LOSSEAR, así como en el considerando 48 del Reglamento General de Protección de Datos.
11. El establecimiento de ficheros comunes entre entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la lucha contra el fraude se fundamenta en el interés legítimo de la Entidad, y es necesaria para el desenvolvimiento de su actividad siendo su base legal el art. 99.7 de la LOSSEAR.
12. Por último, la elaboración de perfiles cuyos datos se tratan para el diseño y comercialización de productos de seguro se ampara en el interés legítimo de la Entidad, y en lo dispuesto en el Reglamento UE 2017/2358, de 21 de septiembre de 2017, sobre gobernanza de productos aplicables a las empresas de seguros y los distribuidores de seguros.

Destinatarios de los datos personales:

Los datos personales que sean facilitados por el interesado podrán ser comunicados a las siguientes personas físicas o jurídicas:

- A las entidades que forman parte del Grupo Preventiva, con fines administrativos internos, de centralización de recursos y a efectos de supervisión y solvencia.
- A los mediadores de seguros, a efectos de formalización de la documentación contractual y del mantenimiento del servicio de mediación con los asegurados.
- A los diferentes encargados de tratamiento con fines de prestación de servicios profesionales que se deriven de la póliza de seguro contratada, tales como: peritos, reparadores o empresas o profesionales de asistencia, abogados y procuradores externos.
- A otras entidades aseguradoras o reaseguradoras, a efectos de distribución, reaseguro o coaseguro.
- A entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y de crédito con motivo de la realización de consultas, así como en caso de incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del tomador de la póliza.
- A organismos públicos para el cumplimiento de sus obligaciones legales y cuando sea estrictamente necesario.
- A las autoridades competentes, jueces y tribunales siempre y cuando exista previo requerimiento por su parte y en el marco de una investigación.

No se comunicarán los datos facilitados a otros terceros, ni se realizarán transferencias internacionales, salvo consentimiento expreso de su titular.

Plazo de conservación de los datos personales:

PREVENTIVA conservará los datos personales durante toda la vigencia del contrato de seguro que legitima su tratamiento, salvo que su titular manifieste su oposición o limitación a un tratamiento concreto, o retire su consentimiento. Una vez finalizado el contrato de seguro, la entidad mantendrá los datos debidamente bloqueados y estando únicamente disponibles a requerimiento de las autoridades competentes, jueces y tribunales o Administración Pública, durante los plazos de prescripción legal que resulten de aplicación.

Derechos de los interesados:

Los interesados tienen derecho a conocer si PREVENTIVA está tratando datos personales que les conciernan, así como a solicitar el ejercicio de los siguientes derechos:

- **Acceso** a sus datos personales o a su rectificación.
- **Supresión** de sus datos personales.
- **Limitación** del tratamiento de sus datos personales u oposición al mismo.
- **Portabilidad** de sus datos personales, cuando técnicamente fuera posible.

Los interesados pueden ejercer los derechos mencionados dirigiendo una comunicación a la atención del Delegado de Protección de Datos de PREVENTIVA, bien por correo electrónico a la dirección dpd@grupopreventiva.com, o bien por correo postal a la atención DPD PREVENTIVA SEGUROS, a la calle Arminza, 2, 28023 de Madrid.

En caso de no obtener satisfacción en el ejercicio de sus derechos, el interesado tiene la potestad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

SECCIÓN I.

NORMAS GENERALES

DEFINICIONES GENERALES

En este contrato, se entiende por:

TOMADOR DEL SEGURO: Persona física o jurídica que juntamente con el asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

ASEGURADOR: PREVENTIVA, compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. que asume el riesgo contractualmente pactado.

ASEGURADO: Persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

BENEFICIARIO: Persona física o jurídica, titular del derecho a la indemnización o prestación contratada.

PÓLIZA: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las condiciones generales, las condiciones particulares que individualizan el riesgo y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

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

CAPITAL ASEGURADO: a los efectos de este seguro, el capital asegurado será la suma asegurada.

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

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: Es el accidente sobrevenido al asegurado en su condición de:

- Peatón, por las lesiones sufridas a causa de un vehículo terrestre en movimiento.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- Usuario en calidad de pasajero de transportes terrestres, marítimos o aéreos.

INVALIDEZ PERMANENTE: La pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible, provocada por accidente, de cualquier órgano o miembro o de las facultades del asegurado cuya intensidad se describe en el Invalidez Permanente Parcial por Accidente, y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: Se entiende por Invalidez permanente absoluta para toda profesión por accidente, la situación física irreversible provocada por accidente, debida a la acción directa de un acontecimiento ajeno a la voluntad del asegurado y que sea determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

GRAN INVALIDEZ: Las pérdidas anatómicas o funcionales provocadas por accidente, en virtud de las cuales el asegurado necesita de forma permanente la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: La muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de un insuficiente aporte sanguíneo en el área comprometida.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: Aquél que produzca secuelas neurológicas, incluyéndose el infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal.

ENFERMEDAD: Desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

BAREMO DE PATOLOGÍAS: Tabla con una lista de lesiones a las que se les asigna un valor numérico en días, y que aplicados al capital de indemnización diaria contratado en póliza se utiliza para evaluar económicamente los daños derivados de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Situación por la que el asegurado está imposibilitado temporalmente para trabajar, como consecuencia de un accidente, en el ejercicio de su actividad profesional declarada en póliza, precisando asistencia sanitaria de la Seguridad Social o asimilado. La situación de incapacidad debe ser declarada por la Seguridad Social española, mutualidad o asimilado, mediante un parte de baja laboral.

HOSPITALIZACIÓN: Se considera hospitalización el ingreso del asegurado en un centro sanitario, clínica u hospital situado en territorio español, por un periodo igual o superior a 24 horas consecutivas, para su debido tratamiento médico o quirúrgico, como consecuencia de un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza.

HOSPITAL: Establecimiento legalmente constituido con el fin de recibir enfermos o accidentados para su tratamiento médico. Será requisito indispensable que estos establecimientos dispongan de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, así como de los instrumentos técnicos necesarios para el diagnóstico y la intervención médico-quirúrgica.

No se consideran hospitales los hoteles, centros de reposo, de convalecencia, de rehabilitación, de cuidados crónicos o de servicios especializados de enfermería, así como tampoco las residencias para la tercera edad, los lugares de tratamiento de drogodependencia o alcoholismo y las instituciones psiquiátricas.

FRANQUICIA Período de tiempo contado a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro durante el no que no existe ni se devenga derecho a indemnización.

artículo 1

Objeto del Seguro y Garantías

1.1. OBJETO DEL SEGURO

El seguro recogido en las presentes condiciones generales tiene por objeto la percepción por el asegurado o beneficiario designado de los capitales asegurados en caso de ocurrencia de alguno de los accidentes que habiéndose definido en las presentes condiciones generales se hayan pactado expresamente en las condiciones particulares.

1.2. GARANTÍAS

Se cubrirán las siguientes garantías cuando el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, y siempre que las garantías estén recogidas en las condiciones particulares:

- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE
- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN
- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE SIMULTÁNEO DE AMBOS CÓNYUGES
- FALLECIMIENTO POR INFARTO DE MIOCARDIO O POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
- DECESOS POR ACCIDENTE
- INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE
- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE
- GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE
- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN
- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR INFARTO DE MIOCARDIO O POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
- INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE
- HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE
- ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE
- PREVENTIVA ASISTENCIA
- GESTIÓN JURÍDICA

El contenido y características de cada una de las anteriores garantías se exponen más adelante.

artículo 2

Bases del Contrato

Las declaraciones formuladas por el tomador del seguro y, en su caso, por el asegurado, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el asegurador, así como la presente póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro, que solo abarca dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

Lo especificado en este artículo motiva la aceptación del riesgo por el asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

artículo 3

Perfección y Efecto del Contrato

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes.

Las garantías de la póliza entran en vigor a las veinticuatro horas del día indicado como fecha de efecto en las condiciones particulares, **siempre que se haya perfeccionado el contrato y se haya pagado la primera prima.**

En caso de demora en el cumplimiento de los requisitos indicados con anterioridad, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplidos.

artículo 4

Contratación a Distancia

En caso de que el presente seguro se haya contratado a distancia será de aplicación lo dispuesto en este artículo. A estos efectos, se entiende contratación a distancia la formalización de un contrato de seguro sin la presencia física de las partes contratantes, sirviéndose del uso de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

El seguro entrará en vigor una vez que el tomador haya aceptado la oferta mediante el envío de las condiciones particulares firmadas, salvo que, por acuerdo expreso, se concierte otra fecha que deberá quedar reflejada en las condiciones particulares.

Una vez formalizado el contrato de seguro a distancia, y de conformidad con lo dispuesto en materia de consumidores y usuarios, el tomador dispondrá de un plazo de 14 días naturales para ejercer su derecho de desistimiento del contrato, sin necesidad de justificar su decisión y sin penalización de ninguna clase, siempre y cuando no haya declarado un siniestro con anterioridad.

artículo 5

Nulidad del Contrato

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

artículo 6

Personas no Asegurables

No serán asegurables las personas que, en el momento de la contratación sean menores de 14 años ni las mayores de 65 años.

Asimismo, tampoco serán asegurables, 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.

En cuanto a las edades máximas de contratación se estará en cada momento a las normas de suscripción de la aseguradora.

artículo 7 **Riesgos Asegurables**

Son susceptibles de incluir dentro de las garantías cubiertas, los siguientes riesgos:

7.1. RIESGO EXTRAPROFESIONAL:

A petición del tomador, la cobertura del seguro alcanzará solamente a los accidentes que sufra el asegurado, fuera del ejercicio de su profesión.

7.2. RIESGO PROFESIONAL:

A petición del tomador, la cobertura del seguro alcanzará sólo y exclusivamente, a los accidentes que pueda sufrir el asegurado durante el ejercicio de su profesión, haciéndolo así constar expresamente, en las condiciones particulares de la póliza.

Cuando esté cubierto el riesgo profesional, las garantías de la presente póliza surten efecto en cuanto a los accidentes que el asegurado sufra en el ejercicio de la profesión que haya declarado en la solicitud del seguro y que se recoja en las condiciones particulares de la póliza, pero no los que tengan lugar en el ejercicio de ocupaciones profesionales no declaradas en dicha solicitud y que su conocimiento hubiere dado lugar a una agravación del riesgo.

Si el asegurado cambiase de profesión, vendrá obligado a declararlo al asegurador, quien podrá optar por adecuar las condiciones establecidas a la nueva situación o bien dar por finalizado el contrato de seguro si la nueva profesión comunicada se encontrase excluida de sus normas de contratación, devolviendo en este caso, la parte de prima abonada no consumida, desde el momento de la comunicación por parte del asegurado hasta el vencimiento de la anualidad en curso.

artículo 8 **Declaración de Otros Seguros**

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 solo 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.

artículo 9 **Designación de beneficiarios**

Las indemnizaciones que se tengan que satisfacer por Invalidez Permanente Parcial por Accidente, Invalidez Permanente Absoluta por Accidente, Gran Invalidez por Accidente, Invalidez Permanente

Absoluta por Accidente de Circulación, Invalidez Permanente Absoluta por infarto agudo de miocardio o por accidente vascular cerebral e Incapacidad Temporal por Accidente, serán percibidas por el propio asegurado.

Durante la vigencia de este seguro, el tomador del seguro puede designar beneficiario para caso de fallecimiento o modificar dicha designación sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que el tomador del seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación del beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las condiciones particulares o en una posterior declaración escrita al asegurador o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación. Si en el momento del fallecimiento del asegurado no se hubiera designado beneficiario ni reglas para su determinación, se considerarán como tales en orden preferente y excluyente los indicados a continuación: primero el cónyuge del asegurado; segundo los hijos del asegurado a partes iguales; tercero los padres del asegurado y en su defecto la indemnización será integrada en el patrimonio del tomador del seguro. En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro, será nula la designación hecha a su favor. El fallecimiento del asegurado, causado dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador. Si existiesen varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del asegurado conservarán su derecho.

artículo 10

Supuesto de Edad Inexacta del Asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, el asegurador solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima recibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

artículo 11

Declaración, Agravación y Disminución del Riesgo

11.1. DECLARACIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

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

11.2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO, EXCEPCIÓN HECHA DEL ESTADO DE SALUD.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias ajenas al estado de salud del asegurado, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas 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; a excepción de los seguros de personas, dónde no tendrán obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para 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, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

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

11.3. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

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

artículo 12

Exclusiones

Se consideran expresamente excluidos de las garantías del seguro, los accidentes y consecuencias siguientes:

- 1. Los originados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente póliza, o después de su rescisión.**
- 2. Los siniestros correspondientes a coberturas opcionales que no hayan sido contratadas expresamente en las condiciones particulares de la póliza.**

3. La congestión, los desvanecimientos y síncope; los ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza; los estados morbosos, las hernias de cualquier clase y sus consecuencias, sea cual fuere su origen.
4. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de temperatura o presión atmosférica, a menos que el asegurado haya quedado expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por las garantías incluidas en la póliza.
5. Las consecuencias de esfuerzos musculares, los efectos de un reumatismo, varices, hernias de cualquier clase, así como las distensiones, quebraduras musculares y lumbago.
6. Las enfermedades de cualquier naturaleza y sus consecuencias, siempre que no sobrevengan directa y únicamente de un accidente.
7. Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado tal como el suicidio o tentativas del mismo, envenenamiento y mutilación voluntaria; los que ocurran en estado de perturbación mental, embriaguez, sonambulismo.
8. Los accidentes ocurridos con ocasión de desafíos, luchas o riñas, que no estén justificados por legítima defensa.
9. Los accidentes ocurridos por imprudencia o negligencia grave del asegurado o en actos notoriamente peligrosos, que no estén justificados por legítima defensa, salvamento o necesidad profesional.
10. Los accidentes provocados intencionadamente por los beneficiarios del asegurado.
11. Los accidentes que ocurran como consecuencia de invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, actos de terrorismo en cualquier parte del mundo, represiones y maniobras militares aún en tiempo de paz.
12. Los accidentes que guarden relación directa o indirecta con la fisión nuclear, exposición a los rayos X u otros elementos radiactivos, los daños derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
13. Los accidentes ocurridos con ocasión de apuestas o competiciones de cualquier clase.
14. Los resultantes de la utilización de cualquier medio de navegación aérea en condiciones distintas a las de pasajero ordinario de líneas regulares o vuelos chárter en aviones de más de veinte pasajeros.
15. Las agravaciones de las consecuencias de un accidente, sobrevinidas como consecuencia de una enfermedad o estado morbozo preexistente.
16. El fallecimiento o la invalidez producidos por la práctica del asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, o incluso sin ese carácter, cuando el asegurado esté inscrito en una Federación Deportiva y participe en competiciones deportivas.
17. Salvo pacto en contrario formalizado en las condiciones particulares y pago de la prima correspondiente, están excluidos los siniestros producidos por la práctica de los deportes y actividades consideradas de riesgo, entre los que se encuentran los que a continuación se indican: caza mayor, lucha, toreo, espeleología, equitación, submarinismo, boxeo, judo, paracaidismo, parapente, puenting, alpinismo, esquí y los deportes de invierno, faching por mar, hockey sobre hielo, el uso y los accidentes por el uso, como conductor o pasajero, de motocicletas o ciclomotores.
18. Los debidos a epidemias oficialmente declaradas.
19. Los trastornos mentales y enfermedades, incluidas las profesionales, y sus consecuencias de cualquier naturaleza, siempre que no sean provocadas por traumatismo accidental y las que,

aun siendo provocadas por éste, tengan su origen en un padecimiento o defecto físico latente que el asegurado sufriera con anterioridad.

20. Los producidos por la ingesta de productos alimenticios.
21. Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un hecho cubierto o que se lleven a cabo por razones distintas a la sanidad como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética; y los producidos por las operaciones lesiones o curas que el asegurado realice sobre sí mismo.
22. Los accidentes que sufra el asegurado en situaciones de enajenación mental o sonambulismo.
23. Los accidentes que sufra el asegurado por embriaguez o haciendo uso de drogas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, así como medicamentos no prescritos por el médico. Se considerará embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al establecido en la legislación de automóviles o cuando el asegurado sea sancionado por esta causa.
24. Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos de cualquier clase, careciendo el asegurado del correspondiente permiso de conducir.
25. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».
26. Conflictos armados, mediante declaración de guerra o sin ella.
27. Las curas de reposo, termales o dietéticas y los chequeos o controles de salud.
28. Los accidentes producidos como consecuencia de fenómenos meteorológicos como elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
29. Los ocasionados por acontecimientos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

artículo 13 **Duración del Contrato**

La duración del contrato es anual y se prorroga por el mismo período de forma tácita.

La duración de la póliza será la recogida en las condiciones particulares, cesando automáticamente la cobertura de la póliza en los siguientes supuestos:

- por la baja del asegurado en el seguro.
- por el pago del capital en cualquiera de sus garantías, excepto por invalidez permanente parcial por accidente, salvo que este alcance el 100 por 100 del capital asegurado.
- al final de la anualidad en que el asegurado alcance los 70 años de edad.

No obstante, cualquiera de las partes contratantes puede comunicar a la otra su deseo de no mantener vigente el seguro. El plazo de oposición a la prórroga para el asegurador será de al menos dos meses de antelación a la fecha de vencimiento y para el tomador de al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento.

artículo 14

Modificaciones del Contrato

El asegurador comunicará al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

artículo 15

Pago de la Prima

El importe de la prima se calcula y actualiza anualmente en función de los factores que definen el riesgo soportado por el asegurador.

Por acuerdo entre las partes, el pago de la prima anual podrá fraccionarse en períodos semestrales, trimestrales o mensuales.

El tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de la perfección del contrato.

Los sucesivos recibos de prima se deberán hacer efectivos en los correspondientes vencimientos, por anticipado y por su importe completo.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en condiciones particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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

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

El pago de primas que efectúe el tomador del seguro a un agente exclusivo del asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente al asegurador.

Podrá domiciliarse el pago de la prima en una cuenta bancaria de titularidad del tomador del seguro, de acuerdo con los requisitos establecidos en la Ley 16/2009, de 13 de noviembre, de Servicios de Pago y en la EHA/1608/2010, de 14 de junio, sobre transparencia de las condiciones y requisitos de información aplicables a los servicios de pago, y demás normas concordantes, especialmente en lo relativo a facilitar al asegurador el mandato SEPA u orden de domiciliación de adeudo directo SEPA, debidamente rellenada y firmada.

La prima se entenderá satisfecha en la fecha en que el proveedor de los servicios de pago del tomador realice el adeudo en la cuenta bancaria de éste, sin perjuicio de que si, de acuerdo con la normativa SEPA, se produjera posteriormente la devolución del recibo de prima, se considerará la prima como no pagada. En este caso, el asegurador notificará al tomador que tiene el recibo de prima a su disposición en el domicilio del asegurador y aquél vendrá obligado a satisfacer el recibo de prima en dicho domicilio.

artículo 16

Delimitación Geográfica

Todas las garantías de fallecimiento o de invalidez y/o decesos por accidente del asegurado surten efecto en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes en regiones inexploradas o viajes que tengan carácter de exploración.

En cuanto a las garantías de asistencia sanitaria, incapacidad temporal, hospitalización por accidente y gestión jurídica, única y exclusivamente quedan aseguradas dentro del territorio geográfico español.

artículo 17

Siniestros

17.1. DECLARACIÓN Y TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

Para la declaración y tramitación de cualquier siniestro relacionado con la póliza, el interesado podrá dirigirse a las oficinas de la agencia o sucursal del asegurador o podrá llamar al teléfono del asegurador, quien estará disponible permanentemente, durante las 24 horas del día en el número:

91 516 05 00

Si el interesado tuviera que llamar desde el extranjero, podrá hacerlo a cobro revertido al teléfono:

+34 91 516 05 16

Para la tramitación de cualquier siniestro es necesario que se entregue al asegurador la documentación indicada en cada uno de acuerdo con la cobertura afectada por el siniestro. Los documentos habrán de presentarse debidamente legalizados en los casos en que fuese preciso.

En todo caso, el asegurador se reserva el derecho de solicitar aquella documentación adicional que considere precisa para la valoración del siniestro.

El tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario deberán, además, dar al asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al asegurador, este último quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados, serán de cuenta del asegurador, incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. El importe de los gastos de salvamento, más la indemnización correspondiente, no podrá superar la suma asegurada.

Para la tramitación del siniestro, será necesario que se le entregue al asegurador la siguiente documentación:

17.1.1. En caso de fallecimiento del asegurado

- DNI o NIE del asegurado fallecido.
- Certificado Médico Oficial de defunción.
- Certificado del médico que le haya asistido en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento a causa de un accidente.
- Siempre que exista, informe del Instituto Anatómico Forense y, en caso, informe del instituto de Toxicología.
- Auto del juzgado de instrucción o certificado de defunción, que acredite como accidente la causa del fallecimiento.
- Documentación que acredite la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiarios.
- Justificante de ingreso del importe de la liquidación parcial o de autoliquidación practicada del Impuesto de Sucesiones o declaración de exención del mismo.

En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de un accidente de circulación y el asegurado tuviera contratada esta garantía en el momento de acaecimiento del siniestro, los beneficiarios deberán de aportar Atestado de la Dirección General de Tráfico.

En caso de fallecimiento simultáneo de ambos cónyuges se deberá de aportar la misma documentación que en el apartado anterior y además certificado que demuestre su condición de matrimonio o pareja de hecho.

Cuando el fallecimiento sea por Infarto Agudo de Miocardio o por Accidente Vascular Cerebral, se requerirá certificado del médico que le haya asistido en el que detallen las circunstancias y causas del fallecimiento.

17.1.2. En caso de invalidez permanente:

- DNI o NIE del asegurado.
- Certificado médico de alta donde se acredite como accidente la causa de la invalidez y el grado y tipo de invalidez resultante del accidente. En su caso, testimonio de las diligencias judiciales instruidas al efecto.

17.1.3. Incapacidad Temporal y Hospitalización:

- DNI o NIE del asegurado.
- Partes de alta y baja que determinen la incapacidad temporal u hospitalización, así como su duración, salvo que el asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

En períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones. Los gastos de los certificados médicos irán a cargo del asegurado.

17.1.4. Asistencia Sanitaria por accidente:

- DNI o NIE del asegurado.
- Facturas originales de los gastos médicos incurridos debidamente cumplimentadas por el profesional sanitario que haya atendido al asegurado acreditando que la atención prestada es como consecuencia del accidente cubierto por la póliza.

17.2. DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Una vez estudiada la documentación presentada al asegurador, éste comunicará por escrito al asegurado el importe de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con la clase de accidente, el tipo y el grado de invalidez o la enfermedad grave.

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre la clase de accidente, el tipo y grado de invalidez o sobre la determinación de la enfermedad grave, se estará a lo estipulado en el apartado 17.4. Pago de la Indemnización.

Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador, las partes se someterán a la decisión de los peritos, conforme al procedimiento regulado en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y que se refleja en el apartado 17.3. Disconformidad en la Evaluación del Siniestro.

17.3. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO

Si no se hubiese logrado acuerdo entre las partes dentro del plazo de cuarenta días previsto en el artículo dieciocho de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte deberá designar un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños o la determinación de la clase de accidente, del tipo y el grado de la invalidez o de la enfermedad grave, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstas salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso del asegurador, y de ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial, serán por cuenta y mitad entre el asegurado y el asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

17.4. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si conforme al procedimiento regulado en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y que se refleja en el apartado anterior, existiera dictamen pericial y éste fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de cinco días.

Cuando la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo consienta, el asegurador podrá sustituir el pago de la indemnización por la reparación o la reposición del objeto siniestrado.

Si el asegurador hubiera efectuado pagos por la garantía de invalidez y sobreviniese el fallecimiento del asegurado, siempre y cuando se trate de pagos derivados del mismo seguro, los pagos realizados por invalidez se considerarán como anticipo y, por tanto, se deducirán del importe a percibir por el siniestro de fallecimiento.

Para los siniestros que supongan una incapacidad temporal, el derecho a la indemnización es independiente al que le pueda corresponder por fallecimiento o declaración de una invalidez permanente.

17.5. MORA DEL ASEGURADOR

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

1. Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.
2. Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.
3. Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.
4. La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5. En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado 6 subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.
6. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7. Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8. No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.
9. Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en mora únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por mora en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.
10. En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1.108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

17.6. DERECHOS DEL ASEGURADOR

17.6.1. Derecho de Subrogación

El asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

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

El asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de asegurador y asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

17.6.2. Derecho de Repetición

El asegurador podrá repetir contra el asegurado, por el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus derechohabientes, cuando el daño o perjuicio causado a tercero sea debido a conducta dolosa del asegurado.

17.6.3. Derecho de Reclamación de Daños y Perjuicios

El asegurador podrá reclamar los daños o perjuicios que le hubiere causado el asegurado o el tomador del seguro en los casos y situaciones previstas en la póliza, o exigirle el reintegro de las indemnizaciones que hubiere tenido que satisfacer a terceros perjudicados por siniestros no amparados por el seguro.

artículo 18

Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

artículo 19

Impuestos

Serán a cargo del tomador, asegurado o beneficiario todos los impuestos y tasas legalmente repercutibles.

artículo 20

Solución de Conflictos Entre Partes

20.1. ARBITRAJE

Si las dos partes no estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación civil.

20.2. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

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

artículo 21

Comunicaciones

Las comunicaciones entre las partes deberán efectuarse por escrito u otro medio indubitado.

Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social del asegurador, señalado en la póliza.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro, al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al asegurador.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

artículo 22

Revalorización Automática de Sumas Aseguradas

DEFINICIONES ESPECÍFICAS PARA LA REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMAS ASEGURADAS

ÍNDICE BASE: último índice de precios al consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística en la fecha de emisión de la póliza y que, obligatoriamente, ha de consignarse en la misma.

ÍNDICE AL VENCIMIENTO: último índice de precios al consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística con anterioridad a la emisión del recibo correspondiente a cada vencimiento anual de la póliza.

22.1. ALCANCE DE LA REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Salvo pacto expreso en contrario, se conviene que los capitales asegurados de las garantías que se recogen a continuación y siempre y cuando estén cubiertas por la póliza de acuerdo con las condiciones particulares de la misma:

- Fallecimiento por accidente
- Invalidez permanente parcial por accidente
- Invalidez permanente absoluta por accidente

Así como la prima anual, quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística en su boletín mensual o, en su defecto, del último conocido.

En aquellos supuestos en que los índices de revalorización sean negativos, no se aplicará revalorización.

22.2. DETERMINACIÓN DE PRIMAS Y SUMAS ASEGURADAS

Los nuevos capitales revalorizados, así como la nueva prima anual, serán los resultantes de multiplicar los que figuran en la póliza por el factor que resulte de dividir el índice al vencimiento, entre el índice base que figura en las condiciones particulares de la póliza.

22.3. VIGENCIA DE LA REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

El tomador podrá renunciar a la revalorización automática en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al asegurador por carta al menos con dos meses de antelación a dicho vencimiento. El resto de las Condiciones Generales y Particulares subsisten sin variación

SECCIÓN II.

COBERTURAS

artículo 23

Fallecimiento por Accidente

El asegurador abonará a los beneficiarios, el capital asegurado para esta garantía, indicado en las condiciones particulares, en caso de que el asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza y fallezca **dentro del plazo de un año desde sobrevenido aquél**.

Los pagos que el asegurador pudiera haber hecho en concepto de invalidez permanente parcial, se consideran como adelantos sobre este capital, en caso de que el asegurado finalmente falleciera como consecuencia del propio accidente, y por tanto, se deducirán del mismo.

artículo 24

Fallecimiento por Accidente de Circulación

En caso de que el asegurado sufra un accidente de circulación cubierto por esta póliza, que le produzca el fallecimiento dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél, el asegurador abonará a los beneficiarios el capital asegurado para esta garantía establecido en las condiciones particulares.

Los beneficiarios serán los mismos que los designados en la garantía de fallecimiento por accidente.

artículo 25

Fallecimiento por Accidente Simultáneo

Si como consecuencia del mismo accidente que causa el fallecimiento del asegurado se produjera el fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, el asegurador abonará a los beneficiarios el capital asegurado para esta garantía establecido en las condiciones particulares.

El fallecimiento de ambas personas a consecuencia del mismo accidente debe producirse simultáneamente o antes de que transcurran 12 meses desde el momento del accidente.

Los beneficiarios serán los mismos que los designados en la garantía de fallecimiento por accidente.

artículo 26

Fallecimiento por Infarto Agudo de Miocardio o por Accidente Cerebro Vascular

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado, como consecuencia de infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular, **dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél**, el asegurador pagará a los beneficiarios, el capital asegurado para este caso, indicado en las condiciones particulares.

Los beneficiarios serán los mismos que los designados en la garantía de fallecimiento por accidente.

artículo 27

Decesos por accidente

27.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

Por la presente garantía el asegurador, se obliga a prestar el servicio de decesos pactado en la póliza, en caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente, de acuerdo con lo establecido en las presentes condiciones generales y lo recogido en las condiciones particulares que forman parte de la presente póliza y siempre con el límite del capital asegurado.

El importe del valor del servicio se establecerá en el momento de la prestación del servicio y corresponderá al valor de los elementos del servicio de decesos, teniendo en cuenta el domicilio que figura en las mismas e incluyendo los elementos de servicio propios de dicha localidad.

Si el servicio de decesos se prestase en localidad distinta a la recogida en la póliza, el asegurador realizará el servicio de acuerdo con los usos y costumbres de dicha localidad con el límite máximo del capital asegurado recogido en las condiciones particulares.

Si una vez prestado el servicio de decesos hubiera un exceso de valor del servicio recogido en la póliza sobre el coste real del servicio prestado por el asegurador, corresponderá al tomador o, en su defecto, a los herederos el importe de dicho exceso.

La no utilización de este servicio no dará derecho a indemnización alguna.

27.2. TRASLADO NACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

El asegurador garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado de los restos mortales del asegurado que fallezca en cualquier lugar del territorio geográfico español al cementerio o planta incineradora de la localidad del domicilio de España que constituya su residencia habitual.

El traslado de los restos mortales del asegurado se realizará siempre que por parte de las Autoridades competentes se concedan las oportunas autorizaciones y no medien causas de fuerza mayor.

En caso de que se desee realizar el traslado a localidad distinta de su residencia habitual, será por cuenta de los derechohabientes del asegurado fallecido la diferencia que pudiera surgir en el coste del traslado por ese motivo.

En caso de fallecimiento por accidente del asegurado se deberá contactar inmediatamente por teléfono con el asegurador mediante los siguientes teléfonos que serán atendidos las 24 horas del día:

- Desde territorio geográfico español: 915 16 05 00
- Desde el extranjero territorio +34 915 16 05

Las llamadas desde el extranjero se solicitarán por el sistema de cobro revertido, con cargo del coste al asegurador.

artículo 28

Grado de Invalidez

28.1. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

La comprobación y determinación del grado de invalidez será realizado por el asegurador cuando el estado físico del asegurado sea fijado médicamente como definitivo. La determinación del grado de invalidez que

derive de un accidente cubierto por alguna de las garantías de la presente póliza se efectuará después de la presentación de la documentación acreditativa de la invalidez.

El asegurador comunicará por escrito al asegurado el importe de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez de acuerdo con el certificado médico y del baremo establecido en estas condiciones generales.

Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador, las partes se someterán a la decisión de los peritos médicos, conforme al procedimiento regulado en el siguiente apartado.

28.2. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida si su naturaleza así lo permitiera.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo de 40 días previsto en el artículo 18 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de estos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

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

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta en el caso del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo 18, de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el asegurador se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

artículo 29

Invalidez Permanente Parcial por Accidente

En caso de que el asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de invalidez permanente parcial **dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél**, el asegurador, una vez comprobada la situación de invalidez, **le pagará la parte del capital asegurado**

indicado en las condiciones particulares para este caso, que resulte proporcional al grado de invalidez, con arreglo a los porcentajes que se relacionan a continuación:

PORCENTAJE			PORCENTAJE		
Pérdida de visión de un ojo, con o sin ablación del mismo.	30%		Reducción de la mitad de la visión binocular.	30%	
Sordera completa de los dos oídos.	50%		Sordera completa de un oído.	15%	
Pérdida completa del movimiento de la cabeza.	20%		Ablación de la mandíbula inferior.	30%	
Mutilaciones extensas en ambos maxilares y en la nariz.	30%		Fractura no consolidada de la mandíbula inferior.	10%	
Fístula gástrica o estercorácea.	30%		Fístula pleural o cualquier otra lesión en el aparato urinario.	10%	
Amputación o pérdida definitiva del uso de un brazo o de una mano.	Dcho. 60%	Izdo. 50%	Pérdida completa del uso o luxación irreductible del hombro.	Dcho. 25%	Izdo. 20%
Amputación del pulgar e índice conjuntamente.	Dcho. 35%	Izdo. 25%	Parálisis externa de un miembro superior.	30%	
Amputación total del pulgar.	Dcho. 20%	Izdo. 15%	Codo bailante o luxación irreductible del mismo.	30%	
Amputación total del índice.	Dcho. 15%	Izdo. 10%	Anquilosis del codo en buena posición.	20%	
Amputación de tres dedos de una mano no siendo el pulgar o el índice.	15%		Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo.	20%	
Amputación de uno o dos dedos de una mano no siendo el pulgar o el índice	Dcho. 10%	Izdo. 7%	Pérdida completa del movimiento de la muñeca.	10%	
Amputación de un pie	50%		Fractura no consolidada de una pierna.	50%	
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos.	30%		Pseudoartrosis del fémur afecto de una gran pérdida de sustancia ósea.	50%	

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

- Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea solamente parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
- En caso de que el asegurado fuese zurdo, los porcentajes señalados anteriormente para el miembro superior derecho serán aplicados al izquierdo y viceversa.

- La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida del uso del mismo.
- La lesión medular a consecuencia de un accidente cubierto se considera como invalidez y será clasificada en la categoría que corresponda por semejanza entre las lesiones anteriormente enumeradas.
- La pérdida de una falange del dedo pulgar de una mano o del dedo gordo del pie, se indemnizará con la mitad del porcentaje señalado para la pérdida total del dedo que se trate.
- La pérdida de una falange de cualquier otro dedo de la mano o del pie, se indemnizará con un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del dedo que se trate.
- Si el asegurado sufriera en el mismo accidente varias lesiones de las que han quedado enunciadas, el asegurador indemnizará por cada miembro y órgano lesionado, con el porcentaje del capital asegurado que ha sido establecido, **pero en ningún caso, la indemnización total resultante podrá exceder del 100% del capital asegurado contratado para esta garantía.**

artículo 30

Invalidez Permanente Absoluta por Accidente

En caso de que el asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de invalidez permanente absoluta dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél, el asegurador, una vez comprobada la situación de invalidez, le abonará el capital asegurado para este caso, indicado en las condiciones particulares.

En caso de invalidez permanente parcial por accidente, previa a una situación de invalidez permanente absoluta a consecuencia del mismo siniestro, del capital asegurado establecido para esta contingencia en las condiciones particulares, se deducirá la cantidad abonada, en su caso, por invalidez permanente parcial por accidente.

artículo 31

Gran Invalidez por Accidente

En caso de que el asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza cuya consecuencia le genere una situación de gran invalidez dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél, el asegurador, una vez comprobada la situación de invalidez, le abonará el capital establecido en las condiciones particulares para esta garantía.

artículo 32

Invalidez Permanente Absoluta por Accidente de Circulación

En caso de que el asegurado sufra un accidente de circulación cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de invalidez permanente absoluta, **dentro del plazo de un año de sobrevenido aquél**, el asegurador le abonará el capital asegurado para este caso, indicado en las condiciones particulares.

artículo 33

Invalidez Permanente Absoluta por Infarto Agudo de Miocardio o por Accidente Cerebro Vascular

En caso de que el asegurado sufra un infarto agudo de miocardio o accidente vascular cerebral cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de invalidez permanente absoluta, dentro del plazo de un año de sobrevenido aquel, el asegurador le abonará el capital asegurado para este caso indicado en condiciones particulares.

artículo 34

Incapacidad Temporal por Accidente

En caso de incapacidad temporal como consecuencia de accidente garantizado por la póliza, el asegurador satisfará la indemnización diaria que figura en las condiciones particulares de la póliza durante un plazo máximo de 365 días, **deduciendo la franquicia contratada y que figura igualmente en las condiciones particulares** y a la vista de los siguientes supuestos:

- Cuando la persona asegurada ejerza habitualmente una profesión manual, la citada indemnización será satisfecha por entero mientras la invalidez temporal le impida de forma absoluta dedicarse a su trabajo.
- Cuando la persona asegurada ejerza una profesión liberal, de vigilancia y/o dirección, o no tenga una profesión determinada, la citada indemnización diaria será satisfecha mientras la invalidez temporal le impida abandonar su domicilio.
- Dicha indemnización será reducida a la mitad desde el momento en que pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o abandone su domicilio.
- Una vez percibida la indemnización diaria y transcurrido un plazo de 365 días a contar desde la fecha de baja, el asegurador no se hará cargo de las complicaciones que puedan derivarse del siniestro a que se refiere dicha indemnización.
- La indemnización diaria es compatible con cualquier otro pago que pudiera corresponder al asegurado o a sus derechohabientes por Invalidez Permanente o Muerte.
- En el caso de que las consecuencias de un accidente sean agravadas por la acción de una enfermedad, de un estado constitucional o de una invalidez por falta de cuidados comprobados o por un tratamiento empírico, la indemnización será calculada, no sobre las consecuencias efectivas del caso, sino sobre las que habría tenido en una persona enteramente sana sometida a un tratamiento médico racional.
- La prestación económica garantizada es independiente de la que pudiera corresponder por la garantía de Asistencia Sanitaria.

En las condiciones particulares se establecerá el período de franquicia convenido. La indemnización se devengará a partir del día siguiente a aquél en que finalice el período de franquicia.

artículo 35

Hospitalización por Accidente

Mediante la inclusión de esta cobertura el asegurador garantizará el pago del subsidio diario que figure en las condiciones particulares de la póliza, cuando el asegurado permanezca internado en un centro hospitalario **por un tiempo superior a 24 horas**, como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza. La duración de esta prestación tendrá un máximo de 365 días, a contar desde el primer día de hospitalización.

artículo 36

Asistencia Sanitaria por Accidente

Mediante la inclusión de esta cobertura queda garantizado el pago de los gastos de la asistencia médica, ambulancia, internamiento hospitalario, y rehabilitación física, en tanto los mismos se deriven de un accidente cubierto por la póliza, siendo la duración de esta prestación de 365 días a contar desde la primera atención médica. El capital asegurado para esta garantía será el fijado en las condiciones particulares de la póliza.

artículo 37

Preventiva Asistencia

37.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

La presente garantía será aplicable a los asegurados que pudieran requerir la asistencia que más adelante se describe, con el límite y fecha de efecto que se especifique en las condiciones particulares de la póliza.

37.2. TRASLADO INTERNACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

El asegurador garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado de los restos mortales del asegurado que fallezca en cualquier lugar del mundo al cementerio o planta incineradora de la localidad del domicilio de España que constituya su residencia habitual.

El traslado de los restos mortales del asegurado se realizará siempre que por parte de las Autoridades competentes se concedan las oportunas autorizaciones y no medien causas de fuerza mayor.

En caso de que se desee realizar el traslado a localidad distinta de su residencia habitual, será por cuenta de los derechohabientes del asegurado fallecido la diferencia que pudiera surgir en el coste del traslado por ese motivo.

En caso de fallecimiento por accidente del asegurado se deberá contactar inmediatamente por teléfono con el asegurador mediante los siguientes teléfonos que serán atendidos las 24 horas del día:

- Desde territorio geográfico español: 915 16 05 00
- Desde el extranjero incluir: +34 915 16 05

Las llamadas desde el extranjero se solicitarán por el sistema de cobro revertido, con cargo del coste al asegurador.

37.3. GARANTÍA DE ACOMPAÑANTE PARA REPATRIACIÓN DE CADÁVER

Los derechohabientes del asegurado fallecido fuera de España tendrán derecho a un billete de avión o del medio de transporte idóneo (ida y vuelta en clase turista) para que la persona que ellos designen pueda viajar entre España y el lugar del fallecimiento acompañando los restos mortales.

Si el acompañante debiera permanecer en el lugar del fallecimiento por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales, el asegurador reintegrará los gastos de estancia y manutención por un importe de hasta **150 €** diarios con un límite máximo de **1.500 €**.

37.4. TRASLADO EN AMBULANCIA, CASO DE ACCIDENTE OCURRIDO EN ESPAÑA

El asegurador tomará a su cargo los gastos de ambulancia precisos para trasladar al asegurado accidentado desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el centro médico más cercano que cuente con los medios idóneos para atender debidamente las lesiones sufridas.

Esta garantía solamente surtirá efecto cuando el accidente se haya producido a más de 30 Km. de la residencia habitual del asegurado.

37.5. REPATRIACIÓN SANITARIA CASO DE ACCIDENTE OCURRIDO EN EL EXTRANJERO

En caso de accidente fuera de España, el asegurador, cuando los médicos lo aconsejen, se hará cargo de las gestiones y gastos necesarios para el traslado o la repatriación del asegurado accidentado.

Sólo las consideraciones de índole médica: urgencia, estado del accidentado y aptitud para viajar, etc., así como otras circunstancias tales como disponibilidad de aeropuertos, condiciones meteorológicas y distancia, serán el criterio impuesto que determinará si el transporte debe efectuarse y por qué medio (avión sanitario especial, helicóptero, avión de línea regular, coche-cama o ambulancia, etc.).

El médico designado por el asegurador tomará la decisión con el médico que esté tratando al asegurado en el extranjero.

Todos los servicios serán otorgados y realizados bajo constante control médico.

37.6. ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

En caso de que el asegurado se encuentre sólo en el extranjero con motivo de un viaje, y sufra un accidente por el que tenga que ser hospitalizado **por un periodo superior a 48 horas**, la persona que aquél designe tendrá derecho a un billete de avión o del medio de transporte público o colectivo más idóneo (ida y vuelta en clase turista), para acudir junto al asegurado hospitalizado, **siempre que la citada persona esté domiciliada en España.**

El asegurador reintegrará los gastos de estancia y manutención del acompañante por un importe de hasta 150 € diarios con el límite de 1.500 €.

37.7. GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO.

El asegurador, satisfará en caso de accidente ocurrido en el extranjero durante un viaje, los gastos médicos de urgencia precisos **cuando estos sean superiores a 50 €, hasta un límite del contravalor de 15.000 € por asegurado.**

Se garantizarán también los pequeños arreglos dentales hasta el límite de 150 €.

En todo siniestro serán a cargo del asegurado los primeros 30 € por persona accidentada.

37.8. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Los gastos de alojamiento del asegurado accidentado o enfermo al finalizar su hospitalización, cuando por prescripción facultativa deba prolongar su estancia en el extranjero, y hasta recibir el alta médica para poder viajar, serán reintegrados por el asegurador, **por importe de hasta 150 € diarios, con un límite máximo de 1.500 €.**

37.9. ENVÍO DE MEDICAMENTOS AL EXTRANJERO

El asegurador enviará todo medicamento de interés vital que no pueda ser obtenido en el lugar donde se encuentre el asegurado enfermo o accidentado.

37.10. ENVÍO DE UN MÉDICO ESPECIALISTA AL EXTRANJERO

Cuando el asegurado accidentado o enfermo en el extranjero presente un cuadro clínico muy grave que no le permita ser trasladado, y la asistencia médica que se le pueda prestar no sea la adecuada para su estado, el médico designado por el asegurador tomará la decisión de enviar un médico especialista al lugar donde se encuentre, de acuerdo con las consideraciones de índole médico que se presente.

37.11. CONSULTA MÉDICA A DISTANCIA EN EL EXTRANJERO

Si el asegurado necesita durante su viaje en el extranjero una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, puede recurrir telefónicamente al asegurador, que, a través de sus servicios médicos, le facilitará la información de carácter orientativo precisa, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

37.12. DEPÓSITO DE FIANZA PARA HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Cuando debido a un accidente, el asegurado precise ser internado, **por un periodo superior a 48 horas**, el asegurador, hará el depósito de la fianza que la administración del centro hospitalario que lo tenga establecido le solicite, hasta el límite garantizado en la cobertura para gastos médicos de urgencia a consecuencia de accidente en el extranjero.

37.13. ANTICIPO DE FIANZA JUDICIAL EN EL EXTRANJERO

Si al asegurado, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido por un accidente de circulación en el extranjero, se le exige el depósito de una fianza, el asegurador, le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades competentes, **hasta un límite del contravalor de 6.000 €** por asegurado procesado o encarcelado, siempre que figure como asegurada en la póliza. Asimismo, y en este supuesto, el asegurador hará el adelanto de los honorarios del abogado **hasta un límite del contravalor de 600 €** por asegurado, reservándose el derecho de solicitar del asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

37.14. ASISTENCIA A MENORES DE EDAD EN EL EXTRANJERO

Si los menores de edad que acompañen al asegurado en su viaje al extranjero, quedasen sin asistencia, por causa de accidente del asegurado en el extranjero, el asegurador, organizará su regreso a España, con acompañamiento si fuese necesario.

37.15. REGRESO ANTICIPADO DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTREN DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

Si el asegurado tiene que interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana, el asegurador, le hará entrega de un billete de avión (clase turista) o del medio de transporte más idóneo, desde el lugar donde se encuentre en ese momento hasta el de inhumación en España del familiar fallecido.

En caso de incendio grave del domicilio habitual del asegurado, el asegurador, le facilitará también el retorno a su punto de origen por igual medio que en el caso anterior.

37.16. SERVICIO DE INFORMACIÓN PARA VIAJES AL EXTRANJERO

El asegurado puede llamar al asegurador, para obtener información de orden administrativo o médico, antes de la salida de su viaje al extranjero, tal y como pasaportes nacionales, visados de entrada en otros países, vacunas exigibles, aduanas, tasas de cambio y moneda, y otros servicios.

37.17. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

El asegurador tendrá a disposición de sus asegurados, el servicio de teléfono atendido permanentemente las 24 horas para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por estas garantías.

37.18. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones generales recogidas en las presentes condiciones generales, quedan excluidos de esta garantía los siguientes siniestros:

1. Los ocasionados cuando el asegurado tenga su residencia habitual en el extranjero.
2. Los ocasionados cuando las lesiones sufridas se hayan producido por intento de suicidio.
3. Cuando el asegurado participe en conflictos armados, civiles o militares, revueltas e insurrecciones.
4. Cuando la enfermedad o las heridas se hayan producido como consecuencia de los efectos directos o indirectos del átomo.
5. Cuando el asegurado participe en cualquier tipo de rallyes o practique alpinismo caza mayor, lucha, toreo, espeleología, submarinismo, boxeo, judo, paracaidismo, parapente, puenting, esquí, deportes de invierno, yachting por mar y hockey sobre hielo.
6. La cobertura de REPATRIACION SANITARIA no surtirá efecto cuando la enfermedad o las heridas sufridas por el asegurado sean consideradas por el personal facultativo que le asista como leves, y puedan ser curadas en el lugar donde se encuentre sin imposibilitarle para continuar viaje. Sin embargo, en este caso, se prestará la asistencia prevista en la cobertura para gastos médicos de urgencia a consecuencia de accidente o enfermedad grave ocurridos en el extranjero.
7. La cobertura de GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA EN EL EXTRANJERO no será de aplicación en los siguientes casos:
 - Gastos médicos prescritos o recetados en territorio español, aunque correspondan a un tratamiento iniciado en el extranjero.
 - Los derivados de recaída o enfermedad o accidente anteriormente sufridos.
 - Los procedentes de enfermedad mental.
 - Curas termales.
 - Seguimiento del embarazo, incluso parto y puerperio, excepto las alteraciones patológicas agudas e imprevisibles de este estado.
 - Gafas, muletas y prótesis en general.
 - Los producidos por movimientos telúricos, inundaciones o erupciones volcánicas.
 - Los que tengan su origen en estado de intoxicación del asegurado –sea etílica o producida por drogas tóxicas- y estupefacientes no prescritos por facultativo.
8. Las coberturas de ACOMPAÑANTE E INTÉRPRETE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE EN EL EXTRANJERO no será de aplicación en los siguientes casos:
 - Cuando la hospitalización derive de recaída o enfermedad o accidente sufridos antes de iniciar el viaje.
 - Cuando la hospitalización tenga su origen en estado de intoxicación del asegurado sea etílica o producida por drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos por facultativo.

37.19. DELIMITACIÓN DE LA COBERTURA DE “PREVENTIVA ASISTENCIA”

1. El incumplimiento de los trámites señalados para caso de fallecimiento que dé lugar a un traslado se entenderá como renuncia a los beneficios de la presente garantía.
2. Si se realizase un traslado en caso de fallecimiento, sea Nacional o Internacional, se entenderá, incluido en el mismo el servicio contratado en la garantía de decesos.
3. En ningún caso el asegurado tendrá opción, en caso de accidente al reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo, sin previa autorización del asegurador, salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que se avise al asegurador, en las 24 horas siguientes para obtener su aprobación.

artículo 38

Gestión Jurídica

38.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

La presente garantía de servicios jurídicos será aplicable a los asegurados que pudieran requerir la asistencia que más adelante se describe, con el límite y fecha de efecto que se especifique en las condiciones particulares de la póliza.

Por la presente garantía el asegurador facilitará las siguientes coberturas, de acuerdo a lo recogido en las presentes condiciones generales:

- Gestiones ante organismos públicos por fallecimiento
- Defensa Jurídica
 - Asistencia jurídica telefónica
 - Asistencia jurídica presencial
 - Revisión y redacción de documentos
 - Gestión de infracciones administrativas de tráfico

38.2. GESTIONES ANTE ORGANISMOS PÚBLICOS POR FALLECIMIENTO

El asegurador, a petición de los causahabientes de los asegurados fallecidos (en adelante los interesados), tramitará la obtención de los siguientes documentos, ante el organismo que corresponda:

- a) Certificado de defunción.
- b) Certificado de nacimiento.
- c) Certificado de matrimonio.
- d) Certificado de últimas voluntades.
- e) Solicitud y tramitación de las pensiones de viudedad ante el INSS.
- f) Solicitud y tramitación de pensiones de orfandad ante el INSS.
- g) Solicitud y tramitación de la pensión de jubilación ante el INSS.
- h) Solicitud y tramitación de la pensión por incapacidad e invalidez ante el INSS.

La gestión y la tramitación de lo señalado en los apartados e, f, g y h solamente se realizará en vía administrativa quedando excluida la vía judicial para la cual, si al asegurado le interesara, el “Centro de Asistencia Jurídica” le facilitará los datos de un despacho especializado de la organización de abogados del asegurador que le minutará en base a los honorarios mínimos recomendados por el Colegio de Abogados con una bonificación especial en atención a que se trata de un asegurado cubierto por esta póliza.

Asimismo los asuntos derivados de las operaciones sucesorias serán atendidos en los despachos de abogados colaboradores del asegurador con las mismas condiciones de minutación indicadas anteriormente.

38.2.1. Delimitación geográfica

Los servicios se llevarán a cabo en España y siempre y cuando sea competente la jurisdicción española.

38.2.2. Responsabilidad

El asegurador prestará los servicios cubiertos con la máxima diligencia siempre sobre la base de la información suministrada por el interesado.

Los servicios objeto esta garantía serán prestados exclusivamente por el asegurador, no quedando garantizado el pago de honorarios o cualquier otra indemnización si tales servicios son gestionados directamente por el asegurado.

El asegurador **no se responsabilizará de las incorrectas interpretaciones de los usuarios, así como tampoco de los consejos y orientaciones jurídicas recibidas.**

38.2.3. Exclusiones

Para este servicio de Gestiones ante Organismos Públicos por Fallecimiento aplicarán las siguientes exclusiones:

- Las que se deriven del fallecimiento del asegurado con anterioridad a la entrada en vigor del servicio, o después de su rescisión.
- La vía o asistencia judicial.
- Cualquier recurso en vía administrativa o judicial que pudiera derivarse de los trámites realizados objeto de esta garantía.
- La obtención o tramitación de documentos cuando radiquen en registros, organismos o instituciones situadas fuera del territorio del territorio español.
- Cuando exista conflicto de intereses entre los herederos o derechohabientes.
- El pago de honorarios y aranceles de cualquier tipo que sean consecuencia de actuaciones profesionales de notario y registradores u otros profesionales así como los honorarios de abogado o gestor por actuaciones no cubiertas en la presente garantía.
- Las sanciones administrativas derivadas del incumplimiento de plazo establecidos por la Administración para la liquidación del Impuesto de Sucesiones, así como la que sea consecuencia de la ocultación de bienes voluntaria o involuntaria a la hora de liquidación de los Impuestos.
- Confección y liquidaciones complementarias (más de una vez) por causas ajenas a la gestoría.
- Confección del Impuesto de Sucesiones cuando un causahabiente resido fuera del territorio nacional.
- La consolidación del dominio por extinción de usufructo cuando esta requiera su declaración en un modelo diferente al del Impuesto de Sucesiones. Del mismo modo, estaría excluida si deriva de un acto jurídico diferente a acto mortis causa o si derivando de éste, es cliente no facilita el Impuesto de Sucesiones anteriormente presentado.
- La confección y/o presentación de impuestos que estén relacionados con cónyuges o herederos fallecidos independientes al asegurado por la compañía.
- La redacción del cuaderno particional y adjudicación de la herencia privada o pública.
- Las reclamaciones administrativas o judiciales frente a resoluciones que denieguen o restrinjan la documentación/ pensión solicitada.

38.3. DEFENSA JURÍDICA

Por la presente garantía de Defensa Jurídica el asegurador prestará los siguientes servicios recogidos a continuación:

38.3.1. Asistencia jurídica telefónica

El asegurador pondrá a disposición del asegurado un abogado, para que le informe telefónicamente, en prevención de cualquier litigio, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su vida personal y familiar, así como de la forma en que mejor puedan defenderse.

A nivel de ejemplo sin que su enumeración tenga carácter limitativo, las consultas versarán sobre temas relacionados con la familia, vivienda, trabajo, vehículo, consumo, fallecimiento de un familiar asegurado en la póliza, testamento, sucesión, partición de la herencia, pensiones, y prestaciones de la Seguridad Social, seguros de vida, incapacidad temporal por accidente, invalidez permanente y prestaciones familiares por hijo a cargo, etc.

Esta información jurídica se prestará a través del número de teléfono recogido en el artículo Siniestros del presente condicionado general.

38.3.2. Asistencia jurídica presencial

El asegurado podrá solicitar al asegurador, en los mismos supuestos contemplados para la Asistencia Jurídica Telefónica, la concertación de una entrevista personal con uno de sus abogados para que le asesore verbalmente, en prevención de cualquier litigio, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su vida particular y familiar, así como de la forma en que mejor puedan defenderse.

No queda incluida en la presente garantía la emisión de dictámenes por escrito, ni la revisión o redacción de documentos y contratos, ni la negociación con terceros.

Tampoco quedan garantizados los honorarios de los abogados correspondientes a visitas o reuniones posteriores a la primera entrevista, así como los gastos de las gestiones y obtención de los documentos. Esta modalidad de asesoramiento queda expresamente limitada a 3 entrevistas por anualidad de seguro.

38.3.3. Revisión y redacción de documentos

El asegurador prestará también al asegurado, en los mismos supuestos contemplados para la Asistencia Jurídica Telefónica, cuando solicite telefónicamente la asistencia de un abogado para la revisión y redacción de determinados documentos, de los que puedan derivarse para aquél consecuencias legales, sobre las materias que afecten al ámbito de su vida personal y familiar indicadas anteriormente.

Una vez el documento haya sido convenientemente revisado o redactado, el asegurador hará entrega del mismo al asegurado para que proceda a su presentación ante el destinatario.

38.3.4. Gestión de infracciones administrativas de tráfico

El asegurador, a través de su Servicio de Asesoramiento y Tramitación de Sanciones, cuidará de los descargos de denuncias y recursos ordinarios contra las sanciones dimanantes de infracciones de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y Seguridad Vial y demás disposiciones reguladoras del tráfico, que se atribuyan al Asegurado como conductor de un vehículo de uso particular de su propiedad.

El asegurado podrá solicitar la prestación del servicio garantizado mediante una llamada a los teléfonos 91 010 00 88 / 93 485 89 08 o bien enviar la documentación necesaria para la tramitación del recurso a la siguiente dirección de email: sanciones@arag.es.

No obstante, para tener derecho a esta prestación **el cliente deberá aportar la documentación necesaria al asegurador al menos 5 días antes del vencimiento del plazo para recurrir**, al objeto de que el Servicio de Asesoramiento y Tramitación del asegurador cuente con el tiempo suficiente para impugnar

la sanción correspondiente. Es imprescindible que el asegurado acredite al asegurador de la fecha de recepción de la sanción impuesta.

Agotada la vía administrativa, **el asegurador asumirá, hasta el límite de 600 euros**, los gastos de defensa del asegurado en la vía Contencioso Administrativa siempre que fuera procedente y la sanción sea por una presunta infracción de la ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, su reglamento, del reglamento General de Conductores y de Vehículos, **siempre que dicha sanción sea de importe superior a 200 euros y comporte pérdida de puntos**.

En ningún caso el asegurador responderá del importe económico de estas sanciones.

38.3.5. Alcance de la garantía

El asegurador garantiza los gastos siguientes:

1. Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
2. Los gastos derivados del procedimiento de mediación cubierto.
3. Los honorarios y gastos de abogado.
4. Los derechos y suplidos de procurador, **cuando su intervención sea preceptiva**.
5. Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado.
6. Los honorarios y gastos de peritos necesarios.

38.3.6. Limitaciones de la garantía

El asegurador asumirá los gastos reseñados, **dentro de los límites establecidos y hasta la cantidad máxima contratada para cada caso**.

Tratándose de hechos que tengan la misma causa, serán considerados como un siniestro único.

En caso de que en un procedimiento de mediación no se llegue a un acuerdo entre las partes y, debido a ello, el asegurado acuda a un procedimiento judicial, **los gastos de los profesionales que hayan intervenido en el procedimiento de mediación se deducirán del límite de gastos previsto los servicios cubiertos en la presente garantía**.

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

En las garantías que supongan el pago de una cantidad líquida en dinero, el asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro. En cualquier supuesto, el asegurador abonará, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el asegurador no hubiere realizado dicha indemnización por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará un porcentaje equivalente al interés legal del dinero vigente en dicho momento, incrementado a su vez en un 50 %.

38.3.7. Exclusiones

En ningún caso estarán cubiertos por la presente garantía:

1. **Las indemnizaciones y sus intereses, así como las multas o sanciones que pudieran imponerse al asegurado.**
2. **Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los organismos oficiales.**

3. Los gastos que procedan de una acumulación o reconvencción judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.

38.3.8. Siniestros

A efectos de la presente garantía se entiende por siniestro todo hecho o acontecimiento imprevisto, lesivo para el asegurado, que implique la necesidad de la asistencia jurídica cubierta recogida en la presente garantía "Defensa Jurídica" o prestación garantizada por esta póliza, producido estando en vigor la misma y transcurrido, en su caso, el plazo de carencia.

Se entenderá que se ha producido un siniestro cuando:

- En las defensas penales y administrativas, en el momento en que se haya realizado o se pretenda que se ha realizado el hecho punible o sancionable.
- En las reclamaciones por culpa no contractual, en el momento mismo en que el daño ha sido causado.
- En litigios sobre materia contractual, en el momento en que se inició o se pretende que se inició, el incumplimiento de las normas contractuales.

Con independencia de las exclusiones específicas de cada uno de los servicios recogidos en la presente garantía, no quedan cubiertos, en ningún caso, por esta garantía, los siniestros siguientes:

- 1. Cualquier clase de actuaciones que deriven, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, alteraciones genéticas, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios y actos terroristas.**
- 2. Los litigios que se deriven o tengan su origen en huelgas, cierres patronales, conflictos colectivos de trabajo o regulaciones de empleo.**
- 3. Los hechos voluntariamente causados por el tomador, asegurado o beneficiario, o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte de éstos, según sentencia judicial firme.**
- 4. Los hechos derivados de la participación del asegurado o beneficiario en competiciones o pruebas deportivas no amparadas expresamente por condición particular.**

Una vez declarado y aceptado el siniestro, el asegurador prestará las garantías y asumirá los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

En cumplimiento de las coberturas de la presente garantía, siempre que fuera posible, el asegurador llevará a cabo la gestión de un arreglo transaccional en vía amistosa o extrajudicial que reconozca las pretensiones o derechos del asegurado.

La reclamación por esta vía amistosa o extrajudicial corresponderá exclusivamente al asegurador.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el Asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y no sea temeraria su pretensión, de una de las dos formas siguientes:

- A.** El asegurado podrá, ejercer su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio, acordando con los mismos las circunstancias de su actuación profesional e informando de todo ello al asegurador.

En este caso, el asegurador le reintegrará los honorarios devengados por el abogado que libremente haya elegido, **con el límite de 600 euros y siempre con sujeción a las normas colegiales recogidas en este artículo.** Para hacer efectivo el reintegro de estos gastos el Asegurado deberá acreditar el pago por él efectuado con las correspondientes facturas y recibos.

Si, por elección del asegurado, interviniera en el siniestro más de un abogado, el asegurador satisfará como máximo los honorarios equivalentes a la intervención de uno sólo de ellos,

para la completa defensa de los intereses del Asegurado, y ello sujeto siempre a las normas de honorarios citadas anteriormente.

- B.** En el supuesto de que el asegurado no ejercitara su derecho a la libre elección de profesionales y el trámite del procedimiento exigiera su intervención, el asegurador los designará en su lugar, siempre de conformidad con el Asegurado.

En este supuesto, el asegurador asumirá los honorarios derivados de su actuación, satisfaciéndolos directamente al profesional, sin cargo alguno para el asegurado **hasta alcanzar el límite de 600 euros, momento en que el asegurado tendrá que hacer frente a los honorarios.**

El asegurador se hará cargo de todos los gastos y honorarios debidamente acreditados de la prestación de la cobertura, **hasta el límite cuantitativo de 600 euros.**

Si el asegurado decidiese acudir a la mediación prevista en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles como método alternativo para la resolución del conflicto que le afecta, **deberá comunicarlo al asegurador con anterioridad a la realización de la solicitud de inicio.**

Ningún miembro del personal del asegurador que se ocupe de la gestión de siniestros de Defensa Jurídica, realizará actividades parecidas en otros ramos o en otras entidades que operen en ramos distintos del de Vida.

Elección de abogado y procurador

El asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento judicial, administrativo o arbitral.

Antes de proceder a su nombramiento, el asegurado comunicará al asegurador el nombre del abogado y procurador elegido. El asegurador podrá recusar justificadamente al profesional designado, y de subsistir la controversia, se someterá al arbitraje.

En caso de que el abogado o procurador elegido por el asegurado no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento, serán a cargo del asegurado los gastos y honorarios por los desplazamientos que el profesional incluya en su minuta.

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

Cuando deban intervenir con carácter urgente abogado o procurador antes de la comunicación del siniestro, el asegurador satisfará igualmente los honorarios y gastos derivados de su actuación.

De producirse un posible conflicto de intereses entre las partes, el asegurador comunicará tal circunstancia al asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación del abogado o procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses, conforme a la libertad de elección reconocida en este artículo.

Sin perjuicio del límite cuantitativo de 600 euros de esta cobertura de Defensa Jurídica, el asegurador satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del Asegurado, **con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo Nacional de la Abogacía Española y de no existir estas normas se estará a lo dispuesto por la de los respectivos colegios. Las normas orientativas de los honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del asegurador.** Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas será sometida a la comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

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

38.4. RESPONSABILIDAD

El asegurador prestará los servicios cubiertos con la máxima diligencia siempre sobre la base de las informaciones suministradas por el asegurado, sin que en ningún caso le sean exigibles responsabilidades de ningún tipo derivadas de cualquier hecho que no sea la mera prestación de la cobertura descrita en esta garantía. El asegurador tampoco se responsabilizará de las incorrectas interpretaciones de los usuarios, de los consejos u orientaciones jurídicas recibidas en los despachos o bufetes concertados.

38.5. MODIFICACIONES

El asegurador se reserva el derecho a modificar o cancelar en cualquier momento todas o algunas de las prestaciones incluidas en los servicios, debiendo mandar notificación al tomador del seguro. La presente garantía quedará cancelada sin previo aviso ni responsabilidad alguna para el asegurador, si en algún momento concurren circunstancias de fuerza mayor o imposiciones legales que impidieren su desarrollo.

38.6. SINIESTROS

Para lo no recogido expresamente en este artículo, se estará a lo dispuesto en el artículo 17. Siniestros.

SECCIÓN III.

RIESGOS EXTRAORDINARIOS

artículo 39

Consorcio de Compensación de Seguros

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros con coberturas combinadas de daños a personas y en bienes y de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles.

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados y, en el caso de daños a las personas, 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, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

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

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- h) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- i) Los causados por mala fe del asegurado.
- j) Los derivados de siniestros por fenómenos naturales que causen daños a los bienes o pérdidas pecuniarias cuando la fecha de emisión de la póliza o de efecto, si fuera posterior, no preceda en siete días naturales a aquél en que ha ocurrido el siniestro, salvo que quede demostrada la imposibilidad de contratación anterior del seguro por inexistencia de interés asegurable. Este período de carencia no se aplicará en el caso de reemplazo o sustitución de la póliza, en la misma u otra entidad, sin solución de continuidad, salvo en la parte que fuera objeto de aumento o nueva cobertura. Tampoco se aplicará para la parte de los capitales asegurados que resulte de la revalorización automática prevista en la póliza.
- k) 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.
- l) En el caso de los daños a los bienes, los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de las pérdidas pecuniarias delimitadas como indemnizables en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».
- n) En el caso de la responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, los daños personales derivados de esta cobertura.

3. FRANQUICIA

I. La franquicia a cargo del asegurado será:

- a) En el caso de daños directos, en los seguros contra daños en las cosas la franquicia a cargo del asegurado será de un siete por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, no se efectuará deducción alguna por franquicia a los daños que afecten a viviendas, a comunidades de propietarios de viviendas, ni a vehículos que estén asegurados por póliza de seguro de automóviles.
- b) En el caso de pérdidas pecuniarias diversas, la franquicia a cargo del asegurado será la misma prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños que sean consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.
- c) Cuando en una póliza se establezca una franquicia combinada para daños y pérdida de beneficios, por el Consorcio de Compensación de Seguros se liquidarán los daños materiales con deducción de la franquicia que corresponda por aplicación de lo previsto en el apartado a) anterior, y la pérdida de beneficios producida con deducción de la franquicia establecida en la póliza para la cobertura principal, minorada en la franquicia aplicada en la liquidación de los daños materiales.

II. En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

4. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes o personas, así como las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. No obstante, lo anterior:
 - a) En las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable, aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.
 - b) Cuando los vehículos únicamente cuenten con una póliza de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará el valor del vehículo en el estado en que se encuentre en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro según precios de compra de general aceptación en el mercado.
 - c) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES SOLO SERÁN VÁLIDAS SI ESTÁN ACOMPAÑADAS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y FIRMADAS POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES, JUNTO CON LAS PARTICULARES, QUE SE ENTREGAN AL TOMADOR DEL SEGURO, CONSTITUYEN EL CONTRATO, CARECIENDO DE VALOR AISLADAMENTE.

LEÍDO Y CONFORME

EL TOMADOR DEL SEGURO:

EL ASEGURADOR

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal stroke followed by a vertical stroke and several loops.



915 16 05 00

**24 horas al día,
365 días al año**
preventiva.com