

ACCIDENTES COMPLET

Condiciones Generales



GENERALI

Índice

Cláusula Informativa	2
Conceptos básicos y definiciones	3
Artículo 1°. ¿Qué Accidentes cubre este Seguro?	5
Artículo 2°. ¿Qué Accidentes no cubre este Seguro?	6
Artículo 3°. Ámbito geográfico de cobertura del Seguro	9
Artículo 4°. Personas no asegurables	10
Artículo 5°. Garantías que pueden contratarse en el presente seguro	10
Artículo 6°. ¿Cuándo se inicia la cobertura del Seguro?	24
Artículo 7°. ¿Cuál es la duración del Seguro?	24
Artículo 8°. ¿En qué circunstancias finaliza el Seguro?	24
Artículo 9°. ¿Qué debe declarar el Tomador y cómo deben ser sus declaraciones?	25
Artículo 10°. ¿Qué se debe hacer cuando hay variaciones en alguna de las declaraciones efectuadas?	26
Artículo 11°. ¿Qué hacer en caso de detectar errores en el contrato?	26
Artículo 12°. ¿Qué otros derechos ofrece el Seguro?	27
Artículo 13°. ¿Qué es necesario saber respecto al pago de primas?	27
Artículo 14°. Comunicaciones relativas al Seguro	28
Artículo 15°. ¿Cómo mantener permanentemente actualizados los importes de las prestaciones?	30
Artículo 16°. ¿Qué hacer en caso de siniestro?	30
Artículo 17°. Criterios de indemnización en caso de siniestro	32
Artículo 18°. ¿Pueden cobrarse varias prestaciones en caso de siniestro?	32
Artículo 19°. ¿Cuándo prescriben las acciones derivadas del Seguro?	33
Artículo 20°. ¿Cuál es la Jurisdicción competente?	33
Artículo 21°. Cobertura de los “Riesgos Extraordinarios”	33

Cláusula Informativa

“La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación, forma jurídica y Domicilio Social del Asegurador

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
- Domicilio Social: Calle Orense nº 2, (28020) MADRID-ESPAÑA, NIF A-28007268. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en la Hoja M-54.202.

Órgano Administrativo de Control del Asegurador

Corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad Aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

El Asegurador pone a disposición del tomador del seguro, de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos un Servicio de Quejas y Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es.

El tomador del Seguro, las personas aseguradas, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de los anteriores podrán presentar sus quejas y reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos dirigiendo escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones. En el escrito deberán consignar sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su queja o reclamación, dirigiendo el mismo a la siguiente dirección:

Servicio de Quejas y Reclamaciones
Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros
Calle Orense, nº 2 – (28020) MADRID

O bien a la dirección de correo electrónico: reclamaciones.es@generali.com

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de Quejas y Reclamaciones y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Quejas y Reclamaciones tendrán fuerza vinculante para el Asegurador. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Quejas y Reclamaciones del Asegurador, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos de recurrir en cualquier momento a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (que no tendrá carácter imperativo en caso de que, de conformidad con el art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras el presente contrato se considere como un seguro de grandes riesgos), por la citada Ley 20/2015, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y por lo dispuesto en las Condiciones del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, y en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurado haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.”

Conceptos básicos y definiciones

A efectos del presente Seguro, se entenderá por:

Entidad Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, (en adelante la Compañía), es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: Persona física sobre cuya vida o integridad corporal se ha contratado el Seguro. Puede, si lo desea, sustituir al Tomador en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato en caso de siniestro.

Póliza: Es el documento que contiene las condiciones que regulan el contrato de Seguro, y donde quedan recogidas las declaraciones, datos y pactos establecidos entre las partes. Forman parte de la póliza la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o Apéndices que se emitan para modificar o completar la póliza.

Solicitud de Seguro: Documento impreso facilitado por la Compañía y suscrito por el Tomador, por el que éste unilateralmente manifiesta su deseo de contratar el Seguro. En la Solicitud se detallan los datos necesarios para la formalización del Seguro, la persona a asegurar, las Garantías a contratar, así como la declaración de todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y demás elementos necesarios para que la Compañía calcule la prima. Forma parte indivisible de la póliza.

Condiciones Generales: Regulan los principios básicos del Seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de Seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones Particulares: Regulan y recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las Condiciones Generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o Apéndices: Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del Seguro, mediante Apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Prima: Precio del Seguro que está obligado a abonar el Tomador. El recibo contendrá además los impuestos y recargos que sean de legal aplicación.

Accidente: A los efectos del presente Seguro, se entiende por Accidente la lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca la Incapacidad Temporal, Invalidez Permanente o el Fallecimiento del mismo.

Infarto de Miocardio: La oclusión de una o más ramas de las arterias coronarias (necrosis isquémica del miocardio), que causa la muerte irreversible, total o parcial, del músculo cardíaco por la interrupción del aporte sanguíneo.

Accidente Cerebrovascular: El cese repentino, total o parcial, de la función cerebral, infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneana.

Accidente de Circulación: Todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, causándole el fallecimiento o la invalidez permanente, en alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Como peatón, en accidente causado por un vehículo terrestre.
- b) Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- c) Como usuario de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

Se consideran vehículos terrestres los siguientes: automóvil, ferrocarril, tranvía, trolebús, autobús, ciclomotor, motocicleta, bicicleta, coche de caballos, ascensor, funicular, camión, cabeza tractora y tractor agrícola.

Transportes públicos, además de los terrestres, los siguientes: barco, avión, funicular, teleférico, elevador de esquí, telesilla.

Siniestro: Supuesto en que se produce un Accidente cubierto por la póliza, conforme a las Garantías específicamente relacionadas en las Condiciones Particulares de la misma.

Centro Médico Recomendado: Establecimiento habilitado para el tratamiento y eventual curación de personas accidentadas que disponga de la autorización legal correspondiente y se encuentre incluido en la lista de Centros Médicos Recomendados que la Compañía pone a su disposición en cualquiera de sus oficinas o en su página web www.generali.es.

Plazo de carencia: Periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza, durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías contratadas.

Enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa asistencia facultativa.

Franquicia en días: Periodo de tiempo transcurrido desde la ocurrencia del siniestro durante el cual no tiene vigencia alguna de las garantías contratadas y, por lo tanto, no se tiene derecho a percibir indemnización alguna. La duración de la franquicia quedará estipulada en las Condiciones Particulares.

Preexistentes: Se entiende por preexistentes, aquellos procesos, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada para el Asegurado afectado.

Artículo 1º. ¿Qué Accidentes cubre este Seguro?

La Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un Accidente cubierto por el Seguro.

Se cubren los Accidentes ocurridos en cualquier lugar y por cualquier causa, tanto durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas como durante cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional, con los límites y excepciones que figuran en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

En particular, se consideran Accidentes, a efectos del presente Seguro, las lesiones sufridas como consecuencia de las siguientes situaciones:

- 1.1. Los desgarros y distensiones musculares o de tendones consecuencia de un esfuerzo súbito.
- 1.2. Los envenenamientos, salvo los ocurridos por la ingestión de productos alimenticios en mal estado o por abuso de productos alcohólicos, estupefacientes o alucinógenos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos.
- 1.3. Por la caída del rayo, insolaciones y congelaciones, así como los efectos de una exposición prolongada al calor y al frío, a las que el Asegurado no haya podido sustraerse por causa de Accidente amparado por la póliza.
- 1.4. La asfixia por inmersión, excluyéndose en todo caso la práctica de inmersiones subacuáticas ya sea submarinismo y/o pesca submarina, tanto a pulmón libre como mediante la utilización de aparatos de respiración autónoma, salvo pacto en contrario y abono de la correspondiente sobreprima.
- 1.5. Los gastos médicos y quirúrgicos que requiera el Asegurado como consecuencia de la actuación negligente del facultativo que intervino en su curación por un accidente cubierto por la póliza, siempre que dicha negligencia del facultativo haya sido confirmada mediante resolución judicial firme en vía civil o penal.
- 1.6. Las agresiones, tumultos populares y los actos de legítima defensa siempre que no sean provocados por el Asegurado o participe en ellos activamente.
- 1.7. Los actos realizados por deber de solidaridad humana.
- 1.8. Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos.
- 1.9. Las mordeduras de todo tipo de animales y picaduras de insectos.
- 1.10. Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, salvo los citados en el artículo 2.4 de las presentes Condiciones Generales.
- 1.11. Las lesiones producidas ocupando o conduciendo motocicletas de cualquier cilindrada, salvo estipulación en contra en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 2º. ¿Qué Accidentes no cubre este Seguro?

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del mismo, de forma general, los accidentes y/o lesiones que se produzcan o sean consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

- 2.1. Mala fe del Asegurado, autolesiones, suicidio o su tentativa.
- 2.2. Actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
- 2.3. Los Accidentes ocurridos en estado de embriaguez manifiesta, alcohólica o tóxica, enajenación mental, uso de drogas, así como por acciones delictivas propias.
 - Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida por la normativa vigente, cuando se trate de un accidente de circulación y 0,5 gramos por litro para el resto de los accidentes.
 - Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.
- 2.4. La práctica del boxeo, lucha en sus distintas clases, artes marciales, bobsleigh y pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados.
- 2.5. Los Accidentes debidos a hechos de guerra (haya o no declaración de guerra), terrorismo, insurrección, invasión, participación en tumultos populares, movimientos sísmicos, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de Paz, terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, influencias térmicas y atmosféricas, salvo las previstas en el apartado 1.3. de estas Condiciones Generales.
- 2.6. La radiación nuclear y la contaminación radioactiva.
- 2.7. Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, salvo que deriven de accidente cubierto por la póliza.
- 2.8. Enfermedades de cualquier naturaleza, incluido el Infarto de Miocardio, el Accidente Cerebrovascular y cualquiera de las manifestaciones y consecuencias del S.I.D.A., salvo que se contemple la cobertura específica de alguno de dichos supuestos mediante estipulación expresa en Condiciones Particulares y pago de la sobreprima correspondiente.
- 2.9. Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, aún cuando sus efectos pudieran manifestarse después, así como todas las patologías o lesiones, crónicas o no, que no sean consecuencia directa del accidente que motiva el siniestro declarado y que tengan su origen en fecha anterior al mismo, así como las lesiones de carácter degenerativo.
- 2.10. Para las personas aquejadas de una miopía igual o superior a 8 dioptrías, quedan excluidos de cobertura los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina.

- 2.11. Los Accidentes de aviación sufridos por personas que normalmente viajen formando grupo, como equipos deportivos, masas corales y similares, y los accidentes de aviación sufridos por personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.
- 2.12. Los daños producidos por hechos o fenómenos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aún cuando dicha entidad no la admita por incumplimiento de las normas establecidas en su Reglamento y disposiciones vigentes en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como los daños calificados por el Gobierno de la nación como de “catástrofe o Calamidad Nacional”. La Compañía tampoco se hará cargo de las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, en razón de la aplicación de franquicias, detracciones o aplicación de reglas proporcionales u otras limitaciones aplicadas por dicha entidad.
- 2.13. La práctica de escalada, espeleología, alpinismo, paracaidismo, ascensiones en globo, planeador, motoplaneador, aviones ultraligeros, ala delta, puenting, barranquismo, rafting, hidrospeed, parapente, inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad, polo, rugby, hockey, y cualquier otra de igual o superior peligrosidad.
- 2.14. La práctica de cualquier deporte realizada profesionalmente.
- 2.15. El ejercicio por el Asegurado de la actividad de piloto, alumno-piloto o miembro del personal de la tripulación de una aeronave, tanto civil como militar.
- 2.16. Las consecuencias de influencias puramente psíquicas.
- 2.17. a) Los que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligente grave del Asegurado, declarado judicialmente de esta forma, así como los derivados de la participación de aquél en actos delictivos, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- b) Los derivados de la utilización o conducción del vehículo por persona que carezca del Permiso de Conducción o del correspondiente a la categoría del vehículo de que se trate, o que lo tenga anulado, suspendido o retirado por condena judicial o por decisión administrativa.
- Quedan asimismo excluidos, con carácter particular, los accidentes y/o lesiones que se produzcan o sean consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:
- 2.18. Para las garantías complementarias de Accidente de Circulación
- a) Los causados por un infarto de miocardio anterior al Accidente de Circulación.
- b) Los sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores, vuelos ala delta, parapentes y paracaídas, ultraligeros, globos y aeróstatos.
- c) Los ocurridos en la práctica de competiciones de velocidad o habilidad, en vehículos motorizados en que el Asegurado ocupe plaza como piloto, copiloto o pasajero.
- 2.19. Para las garantías de Invalidez Permanente
- a) Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo se cubren cuando sean consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso provocadas por un Accidente cubierto por la póliza.

- b) Igualmente, las hernias de cualquier tipo y naturaleza quedarán cubiertas siempre que se establezca relación directa con un Accidente garantizado. Si la hernia no es operable, la misma no podrá ser considerada con un grado de Invalidez Permanente superior al 15 %.

2.20. Para las garantías de Hospitalización por Accidente y Enfermedad

Quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de la póliza, y por tanto no dan derecho a indemnización alguna:

- a) Accidentes y enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en expediciones científicas.
- b) Todas las enfermedades, crónicas o no, lesiones o defectos constitucionales y físicos y accidentes preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas.
- c) Las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.
- d) Los procesos patológicos que tengan como manifestación única dolor, algias o vértigo, sin comprobación y/o no objetivables por pruebas de diagnóstico.
- e) Accidentes o enfermedades causadas dolosamente por el tomador o Asegurado que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado así como la interrupción u omisión del tratamiento médico y otros daños causados voluntariamente por el propio Asegurado.
- f) Las enfermedades y accidentes derivados de la alcoholemia así como los derivados del consumo de drogas o estupefacientes, riñas, desafíos o intentos de suicidio.
- g) Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.
- h) Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad tales como los tratamientos de esterilidad y los tratamientos de tipo puramente estético, salvo cirugía reparadora en caso de accidente o quemadura sobrevenida durante la vigencia del seguro.
- i) Las enfermedades neurológicas sin comprobación y/o no objetivables por pruebas de diagnóstico.
- j) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicósomáticas.
- k) Las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones en cualquiera de sus fases.
- l) Los siniestros ocurridos durante el Plazo de Carencia, aunque se prolonguen más allá de la duración del mismo.
- m) El proceso derivado del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.

2.21. Para la Garantía de Asistencia Personal

- Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a la Compañía, y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo.

- Cualquier enfermedad, salvo en el caso de que sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización, salvo que se hubiera contratado la Garantía de Asistencia Sanitaria.
- Los gastos de medicina preventiva.

2.22. Para la Garantía de Asistencia en Viaje

Además de los accidentes sufridos por el Asegurado como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de estas Condiciones Generales, esta garantía no cubre, en ningún caso:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular, a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas.
- Los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses.
- Cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 Euros.
- En caso de fallecimiento: Los gastos de inhumación y ceremonia.

Artículo 3º. Ámbito geográfico de cobertura del Seguro

3.1. Sin perjuicio de lo indicado en el apartado 3.2 de este artículo, **el Asegurado estará cubierto por la póliza siempre que mantenga su residencia habitual o domicilio en territorio español, entendiéndose como tal si permanece en él más de 183 días dentro del año natural.**

Si el Asegurado traslada su residencia habitual al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad de Seguro correspondiente.

3.2. Para las Garantías de Fallecimiento, Invalidez Permanente y Asistencia en Viaje, el Seguro ofrece cobertura en todo el mundo.

Para el resto de Garantías, el Asegurado únicamente estará cubierto en el territorio de la Unión Europea y Estados Unidos de América, salvo para la Garantía de Asistencia Personal en que lo estará solamente en España.

Artículo 4º. Personas no asegurables

En ningún caso podrán estar aseguradas por el presente Seguro:

- Las personas aquejadas de ceguera o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), sordera completa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo y las que hayan sufrido ataques de apoplejía o de “delirium tremens”. así como los afectados de otras patologías crónicas y/o graves que pudieran suponer una agravación del riesgo.
- Las personas mayores de 70 años
- Los menores de 14 años de edad y los incapacitados para el riesgo de muerte por accidente.

Artículo 5º. Garantías que pueden contratarse en el presente seguro

De las que se detallan a continuación serán válidas únicamente aquellas que figuren como contratadas en las Condiciones Particulares.

A. Garantías Básicas de Fallecimiento por Accidente

A.1. Fallecimiento

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha en que se produce un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado fallece a consecuencia directa del mismo, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital de Fallecimiento indicado en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.

La contratación de esta garantía comprende además las siguientes garantías adicionales -a) a e)- salvo que en Condiciones Particulares alguna o el conjunto de ellas no aparezcan impresas o figuren como Excluida o No Contratada:

- a) Prestación de un Servicio de Gestoría y asesoramiento personalizado a los Beneficiarios, en el domicilio que éstos indiquen en España, en orden a la tramitación de cuantos documentos y actuaciones deban realizarse con ocasión del fallecimiento del Asegurado.
Para solicitar el servicio, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Compañía e informar del siniestro ocurrido, indicando el domicilio donde desea le sea prestado el Servicio.
- b) **Anticipo del capital de fallecimiento**, a los Beneficiarios designados en la póliza que lo soliciten, previa justificación del acaecimiento del Accidente y presentando una certificación médica oficial acreditativa del fallecimiento del Asegurado, por el importe indicado en las Condiciones Particulares, para afrontar los gastos inmediatos del sepelio. De resultar finalmente indebido este pago, por determinar posteriormente la no cobertura del siniestro los perceptores de dicho anticipo se obligan a restituir su importe a la Compañía.

- c) **Capital adicional en caso de Fallecimiento del Asegurado a consecuencia de una agresión por parte de terceros** (atraco, secuestro, etc.), **a excepción de las agresiones sufridas en el ejercicio de su profesión, práctica deportiva o aquellos supuestos en que se encuentre obligado a indemnizar el Consorcio de Compensación de Seguros**, el importe de dicho Capital de Fallecimiento se incrementará en los términos señalados en las Condiciones Particulares.
- d) **Prestación cónyuge superviviente:** Desde el fallecimiento del Asegurado y hasta el más próximo vencimiento anual de la póliza, el cónyuge superviviente quedará automáticamente asegurado por la presente Garantía de Fallecimiento por Accidente y por el mismo capital. Si el cónyuge superviviente figurase como Asegurado en la misma póliza, su capital garantizado por Fallecimiento hasta el vencimiento anual de la póliza será la suma de su propio capital más otro de igual importe al ya satisfecho por el Fallecimiento del Asegurado.
- e) **Prestación por Fallecimiento simultáneo de ambos cónyuges:** Si a consecuencia de un mismo accidente fallecieran el Asegurado y su cónyuge, en el mismo momento del accidente, se incrementará el importe de las prestaciones debidas a aquellos Beneficiarios que sean hijos de ambos cónyuges y que además sean menores de 18 años, o bien estén afectados por una Invalidez Absoluta y Permanente, en los términos señalados en las Condiciones Particulares.

B. Garantías Complementarias de Fallecimiento por Accidente

B.1. Fallecimiento por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular

Siempre que conste como incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, será objeto de cobertura por la presente Garantía el fallecimiento del Asegurado producido por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular.

Queda cubierto el Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular que sean la única e inmediata causa del fallecimiento del Asegurado, y siempre y cuando se desconozca la preexistencia de tales afecciones.

Esta garantía no es acumulable con ninguna otra de las contratadas para Fallecimiento.

B.2. Fallecimiento por accidente de circulación.

Si en **el plazo de cinco años** a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado fallece **a consecuencia directa de un Accidente de Circulación cubierto por la póliza**, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados un Capital adicional al de Fallecimiento por Accidente, por el importe que se indica en las Condiciones Particulares.

C. Garantías Básicas de Invalidez Permanente por Accidente

C.1. Garantía de Invalidez Permanente Parcial y Absoluta por Accidente

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda afectado de una Invalidez Permanente, absoluta o parcial, a consecuencia directa de un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía abonará la prestación que, de acuerdo con los siguientes artículos, corresponda a su grado de Invalidez y a la modalidad de indemnización contratada.

Grados de invalidez contemplados en esta Garantía

- a) **Invalidez Permanente Absoluta:** La situación física irreversible, determinante de la ineptitud total y permanente del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad profesional o laboral retribuida, de forma autónoma o por cuenta ajena, así como para el normal desenvolvimiento de sus actividades cotidianas, provocada por un Accidente.

Una Invalidez será considerada Permanente Absoluta y, por tanto generadora del derecho al cobro de la prestación, cuando sea calificada como tal mediante diagnóstico médico emitido por el Servicio Médico del Asegurador.

- b) Invalidez Permanente Parcial: Aquella que no siendo declarada como Absoluta o superior, produzca al Asegurado una lesión que sea irreversible y le produzca la pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. En este caso la indemnización a pagar por esta garantía será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Garantía de Invalidez Permanente, los porcentajes previstos en el Baremo siguiente:

Situación	Grado de Invalidez	
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100%	
Enajenación mental absoluta e incurable que impide cualquier trabajo	100%	
Parálisis completa	100%	
Ceguera Absoluta	100%	
Pérdida completa de la visión de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	
Pérdida completa de la voz	30%	
Sordera completa de ambos oídos	60%	
Sordera completa de un oído	15%	
Pérdida del bazo	14%	
Pérdida de un riñón	24%	
Pérdida de un pulmón	30%	
Situación	Grado de Invalidez	
	Derecho	Izquierdo
Amputación del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida absoluta del movimiento del hombro	20%	20%
Pérdida absoluta del movimiento de la muñeca	20%	15%
Amputación o inutilización completa de todos los dedos de la mano	60%	50%
Amputación o inutilización completa del dedo pulgar de la mano	22%	18%
Amputación o inutilización completa del dedo índice de la mano	15%	12%
Amputación o inutilización completa de uno de los demás dedos de la mano	8%	6%
Amputación de la pierna a la altura o por encima de la rodilla	50%	
Amputación de la pierna por debajo de la rodilla	40%	
Pérdida absoluta del movimiento de una rodilla	15%	
Pérdida absoluta del movimiento de un tobillo	15%	
Acortamiento, de 5 o más centímetros, de una pierna	15%	
Amputación o inutilización del dedo gordo de un pie	8%	
Amputación o inutilización de los demás dedos de un pie	3%	

- c) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o de su uso es sólo parcial, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.
- d) Si el Asegurado es zurdo, circunstancia que deberá acreditarse al contratar el Seguro, los grados de invalidez previstos en el apartado b) anterior para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
- e) Para las lesiones no previstas en el apartado b) anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía, en función de su gravedad, a los grados de invalidez asignados a las situaciones previstas, según informe médico de un especialista en valoración del daño corporal.
- f) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional del Asegurado. **Tampoco tendrán aplicación en esta garantía las calificaciones de invalidez efectuadas por las Juntas de Valoración en Accidentes de Trabajo u Organismos competentes en esa materia, ni guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social.**
- g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo Accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100 %. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional no puede ser valorada aplicando el baremo del apartado b) de este artículo más que una sola vez.
- h) Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza. **Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del Accidente.**
- i) A partir del informe médico presentado por el Asegurado, en donde se detallen las limitaciones anatómicas o funcionales consideradas como permanentes e indemnizables, producidas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza y no excluidas, la Compañía notificará por escrito al Asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por esta garantía le corresponda.

No obstante, el Asegurado, a requerimiento de la Compañía, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes que sufra. En cualquier caso, en el plazo máximo de 15 días desde la práctica de dicha visita o reconocimiento médico, la Compañía deberá realizar la notificación indicada en el párrafo anterior.

La contratación de esta garantía comprende además las siguientes garantías adicionales -a) a e)- salvo que en Condiciones Particulares alguna o el conjunto de ellas no aparezcan impresas o figuren como Excluida o No Contratada:

- a) Si la situación de Invalidez Permanente del Asegurado se produce a consecuencia de una agresión por parte de terceros (atracó, secuestro, etc.), **a excepción de las sufridas en el ejercicio de su profesión, práctica deportiva o aquellos supuestos en que se encuentre obligado a indemnizar el Consorcio de Compensación de Seguros**, el importe de la prestación se incrementará en un 10 %, **sin que dicho incremento pueda ser nunca superior al capital que para esta garantía figura en las Condiciones Particulares.**

- b) Si como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, el Asegurado sufre una pérdida anatómica o funcional irreversible causante de una Invalidez Permanente cubierta por esta Garantía, que requiera la implantación de una prótesis, la Compañía satisfará, además del Capital de Invalidez Permanente que corresponda, el importe **de los gastos de implantación de la primera prótesis, sin que dicho importe pueda exceder del 1% de la indemnización máxima asegurada para caso de Invalidez Permanente, y hasta el importe máximo que figura en Condiciones Particulares.**

Únicamente se cubren los gastos de implantación de las prótesis de cadera e internas traumatológicas.

- c) **Prestación para el cónyuge superviviente:** En el caso de que el Asegurado quedara en estado de Invalidez Permanente en grado del 100 % por un Accidente cubierto por la póliza, el cónyuge del mismo quedará automáticamente asegurado por el mismo capital y hasta el más próximo vencimiento anual de la póliza. Si el cónyuge del Asegurado figurase como Asegurado en la misma póliza, su capital garantizado por Invalidez Permanente hasta el más próximo vencimiento anual de la póliza será la suma de su propio capital más otro de igual importe al ya satisfecho al Asegurado.
- d) **Prestación por Invalidez Permanente simultánea de ambos cónyuges:** Si a consecuencia de un mismo Accidente se determinara la Invalidez Permanente en grado del 100 % para el Asegurado y su cónyuge, se incrementarán en un 100 % el importe de las prestaciones debidas **siempre que existan hijos de ambos cónyuges menores de 18 años, o bien estén afectados por una Invalidez Absoluta y Permanente. En ningún caso, el capital adicional por esta prestación podrá ser superior al que figura en Condiciones Particulares.**
- e) **Habilitación de vivienda y/o vehículo:** Si como consecuencia de un accidente garantizado, el asegurado se viera afectado de una invalidez permanente que exigiese la adecuación de la vivienda y/o vehículo del asegurado, la compañía abonará los gastos necesarios, una vez presentadas facturas originales de las reformas necesarias realizadas, hasta el límite máximo que figura en Condiciones Particulares.

D. Garantías Complementarias de Invalidez Permanente por Accidente

D.1. Capital adicional por invalidez permanente Absoluta.

Si una vez determinado el grado de invalidez del asegurado, resultase una Invalidez Absoluta y estuviera contratada la presente garantía, el Asegurador hará efectivo un capital adicional al de Invalidez Permanente Absoluta y Parcial consistente en el 125% ó 250% ó 400% según la opción contratada.

D.2. Capital adicional en caso de Invalidez Permanente Total

Cuando el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tenga derecho a percibir una indemnización como consecuencia de padecer una Invalidez Permanente parcial, se determinará de acuerdo con lo establecido en el Artículo C.1 apartado b).

Pero si el menoscabo resultante de dicha invalidez parcial inhabilitase irreversiblemente al Asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual indicada en Condiciones Particulares, y así lo valorase el servicio médico del Asegurador, se indemnizará, cuando esté indicada la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares, el capital contratado para ella.

D.3. Gran Invalidez

Se entiende por Gran Invalidez la situación física y/o psíquica irreversible, determinante de la ineptitud total del Asegurado para el normal desenvolvimiento por sí solo de determinados actos de la vida cotidiana, necesitando para la realización de los mismos la ayuda permanente de una tercera persona, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales provocadas por accidente y originadas independientemente de la voluntad del Asegurado.

Los actos de la vida cotidiana que sirven para determinar el grado de Gran Invalidez son los siguientes:

- Levantarse y acostarse
- Vestirse y desvestirse
- Lavarse, peinarse o afeitarse
- Comer y beber
- Defecar
- Orinar

Generará derecho al cobro de la prestación asegurada por la presente Garantía la total ineptitud del Asegurado para realizar como mínimo tres de los seis actos descritos.

D.4. Invalidez Permanente Absoluta por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

Siempre que conste como incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, será objeto de cobertura por la presente Garantía la Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado producida por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular.

Queda cubierto el Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular que sea la única e inmediata causa de la invalidez permanente absoluta del Asegurado, y siempre y cuando se desconozca la preexistencia de tales afecciones.

Sólo da derecho el cobro de esta garantía la Invalidez Permanente en grado de Absoluta o superior, quedando excluidas de cobertura las Invalideces Permanentes Parciales.

Esta garantía no es acumulable con ninguna otra de las contratadas por Invalidez Permanente.

D.5. Invalidez Permanente Absoluta por accidente de circulación.

Si en **el plazo de cinco años** a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda en estado de invalidez permanente Absoluta o superior **a consecuencia directa de un Accidente de Circulación cubierto por la póliza**, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados un Capital adicional al de Invalidez Permanente Parcial y Absoluta por Accidente, por el importe que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta Garantía.

E. Garantías de contratación opcional

E.1. Garantía de Incapacidad Temporal por Accidente

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza el Asegurado quede totalmente incapacitado, de forma temporal, para el ejercicio de su actividad profesional declarada en póliza, la Compañía pagará, en forma de Capital, la indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, por el periodo de duración de la situación de incapacidad hasta un plazo máximo de 12 meses, ya sea de un modo consecutivo o en distintos periodos de incapacidad temporal.

El Capital Asegurado se devengará por cada día natural (incluyendo sábados, domingos y festivos) de duración del siniestro, con el límite temporal del Periodo de Indemnización es-

tablecido en las Condiciones Particulares, una vez deducida de dicho período la franquicia contratada.

El derecho al devengo de la prestación cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar parcial o totalmente el desarrollo de sus actividades laborales o profesionales habituales, aún cuando no haya alcanzado su total curación y/o continúe de baja por la Seguridad Social o entidades públicas o privadas colaboradoras de la misma. Asimismo, en el caso en que se determine por prescripción médica la permanencia del Asegurado en su domicilio, el hecho de abandonar el mismo supondrá una contraindicación al tratamiento médico adecuado y eximirá al Asegurado de continuar abonando el Capital Asegurado.

El día de alta se considerará laborable a todos los efectos y por lo tanto, no se devengará el Capital Asegurado.

En caso de desempleo, Invalidez Permanente de cualquier tipo o cese por cualquier causa de la actividad laboral o profesional habitual consignada en la póliza, cesará el derecho al devengo del Capital Asegurado. Se entiende que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Permanente cuando aún estando sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que inhabilitan al Asegurado para el desempeño de las tareas fundamentales de sus actividades laborales o profesionales habituales.

En el caso de accidentes que requieran tratamiento quirúrgico, en el momento en que el Asegurado precise de la práctica de un acto quirúrgico para la curación de las lesiones derivadas del accidente, cesará el derecho al devengo de la prestación, reanudándose a partir del día en que el Asegurado ingrese como paciente en un centro sanitario, clínica u hospital para la realización de dicho acto quirúrgico.

Si el Asegurado padeciera varios procesos al mismo tiempo o sobreviniera uno nuevo, consecuencia del curso clínico de los inicialmente declarados, el Capital Asegurado a devengar será el indicado en las Condiciones Particulares, y el Período de Indemnización empezará a contar desde la fecha en que haya tenido lugar el proceso inicialmente declarado. Si el nuevo proceso sobrevenido tuviera una causa distinta de los anteriormente declarados, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo del último proceso.

Las eventuales situaciones de incapacidad temporal parcial no darán lugar a indemnización alguna.

El Asegurado deberá acreditar la situación de incapacidad temporal a través de informe médico.

La Compañía estará autorizada a verificar la situación de incapacidad temporal del Asegurado a través de sus servicios médicos, mediante la práctica de visitas o reconocimientos necesarios.

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe de alta médica, o, en su defecto, desde la práctica de la visita o reconocimiento de los servicios médicos de la Compañía.

E.2. Garantía de Ayuda al pago de la cuota de Autónomo

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado se viera incapacitado temporalmente para el desempeño de su actividad profesional, la Compañía hará efectivo el pago de la cantidad mensual que figura en Condiciones Particulares, por cada 30 días consecutivos de incapacidad del Asegurado, a partir del momento de su entrada en dicha situación, siempre que el accidente que causara la incapacidad temporal suceda durante la vigencia de la póliza y el Asegurado continúe dado de alta en el régimen especial

de trabajadores Autónomos de la Seguridad Social o régimen asimilado durante la duración de la incapacidad temporal, y todo ello con el límite máximo de seis (6) meses

El pago de la prestación se hará efectivo contra reembolso y por meses vencidos, previa presentación de documentación acreditativa de que el Asegurado ha realizado tales ingresos, y siempre por la cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, con independencia del importe que figure en el justificante de pago de la cuota de la Seguridad Social.

No serán objeto de indemnización las fracciones inferiores o superiores a 30 días.

E.3. Garantía de Asistencia Sanitaria por Accidente

Por la presente Garantía la Compañía asegura el pago de los gastos de asistencia médica, farmacéutica, de hospitalización, tratamientos y rehabilitación que precise el Asegurado a consecuencia directa de un Accidente cubierto por la póliza.

Las opciones de contratación posibles son:

a) En Centros Recomendados por el Asegurador

Sin límite de importe y durante el plazo máximo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

b) En Centros de Libre Elección

Hasta el límite máximo contratado que figura en Condiciones Particulares.

Pueden contratarse de manera individual o conjunta pero en ningún caso se podrán utilizar ambas opciones a consecuencia del mismo accidente

La Compañía cubre los gastos de traslado del Asegurado hasta el centro hospitalario más cercano, inmediatamente después de haber sufrido el Accidente y que sean de necesidad absoluta para su salud, hasta la **cantidad máxima indicada en Condición Particular**.

El traslado en ambulancia, aun cuando no sea realizado inmediatamente después del Accidente, pero sea necesario por prescripción médica, queda cubierto por la póliza.

No quedan cubiertos los gastos de locomoción en que incurra en Asegurado para presentarse a los facultativos o centros médicos durante el período de curación, salvo que el Asegurado se vea obligado a ser asistido en un centro médico especializado en población distinta a la de su residencia habitual por no existir ninguno en el lugar de su domicilio.

Si el Accidente se hubiera producido fuera de España, los gastos allí incurridos serán computados en moneda española, al cambio oficial de la fecha del Accidente.

Se cubren los gastos debidos a las primeras prótesis dentarias, aparatos acústicos, ortopédicos, gafas y lentes de contacto que sean indispensables a consecuencia de Accidente cubierto por la póliza y no lo fueran con anterioridad al mismo, **hasta el importe máximo indicado en Condición Particular**.

Una vez presentada la documentación justificativa y a medida que se vayan generando los gastos cubiertos, la Compañía abonará el importe correspondiente en el plazo máximo de quince días.

La Compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.

E.4. Garantía de Hospitalización por Accidente y Enfermedad

a) Si como consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado, el Asegurador garantiza el pago del Capital Asegurado correspondiente a esta garantía de acuerdo a lo reflejado en las Condiciones Particulares por permanencia ininterrumpida en un centro sanitario, clínica u hospital, con el alcance y límites establecidos en la póliza.

El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en la UVI/UCI del centro sanitario, clínica u hospital. y terminará en la fecha en que el Asegurado cause alta en el establecimiento asistencial. **En cualquier caso, el periodo máximo indemnizable no podrá exceder del límite establecido en Condiciones Particulares de la póliza.**

En ningún caso se indemnizará Capital alguno por aquellas hospitalizaciones inferiores a 24 horas.

- b) Adicionalmente, si durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, a consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, el Asegurado garantiza el pago de un Capital adicional por permanencia ininterrumpida en la UVI/UCI de un centro sanitario, clínica u hospital, con el alcance y límites establecidos en la póliza.
- c) Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo período de hospitalización.
- d) Si el Asegurado padeciera varios procesos al mismo tiempo o sobreviniera uno nuevo, consecuencia del curso clínico de los inicialmente declarados, el Capital Asegurado a devengar será el indicado en las Condiciones Particulares, y el Período de Indemnización empezará a contar desde la fecha en que haya tenido lugar el proceso inicialmente declarado. Si el nuevo proceso sobrevenido tuviera una causa distinta de los anteriormente declarados, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo del último proceso.
- e) En cualquier situación, ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos de cobertura, ningún Asegurado podrá devengar Capital Asegurado por enfermedad y accidente de un mismo proceso o diagnóstico, por un tiempo superior al Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares.

Todas estas prestaciones son compatibles con cualquier otra, y garantizan el pago en metálico de la indemnización diaria establecida.

El derecho a la indemnización diaria se iniciará a partir del primer día de internamiento hospitalario, **siempre que dicho internamiento supere las 24 horas,**

El Asegurado deberá acreditar su ingreso e internamiento en centro sanitario a través de informe médico. **La Compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.**

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía podrá, a petición del Asegurado, realizar pagos a cuenta a partir del decimoquinto día de iniciado el período de derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

El traslado del Asegurado a un centro especializado, bien por considerarse su situación no mejorable desde el punto de vista médico, o bien para iniciar de manera programada su recuperación o rehabilitación, supondrá el final del periodo indemnizatorio por hospitalización.

Plazos de carencia:

Salvo pacto en contrario, se establecen los siguientes plazos de carencia:

- a) Tres meses desde la fecha de alta de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones

Particulares, para las enfermedades de tratamiento quirúrgico, salvo prescripción médica de urgencia.

- b) En los casos en que el Asegurado declare haber recibido tratamiento médico en los últimos doce meses, el plazo de carencia para la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente, por dicha causa, es de doce meses desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- c) En caso de embarazo y parto, con independencia de lo establecido en párrafos anteriores, el período de carencia será de ocho meses desde la fecha de alta de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- d) Los plazos de carencia quedarán automáticamente derogados en caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente.
- e) Seis meses desde la fecha de alta de la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, para las restantes enfermedades que requieran hospitalización.

E.5. Garantía de Cirugía Estética

Cuando a **consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza resultara dañada o deformada la superficie corporal del Asegurado de forma que, después del tratamiento médico a que haya sido sometido, quede menoscabado o deformado su aspecto físico de forma permanente**, la Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos médicos, honorarios profesionales, estancia y manutención originados por la cirugía estética **siempre que el Asegurado decida someterse a una operación a fin de corregir el defecto mencionado, hasta el importe máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.**

El derecho a la indemnización por esta garantía se iniciará a partir de la fecha del Accidente que origine los defectos a corregir, y **será necesario que la intervención de Cirugía Estética se realice dentro del año siguiente al alta médica del Asegurado.**

El período de internamiento por intervención de Cirugía Estética no dará derecho a prestaciones por las garantías de Incapacidad Temporal, Hospitalización y Asistencia Sanitaria.

El Asegurado deberá acreditar mediante informe quirúrgico la realización de la intervención de cirugía.

E.6. Garantía de Asistencia Personal

Si como consecuencia de un accidente ocurrido en España y cubierto por la póliza el Asegurado debiera permanecer un mínimo de 24 horas hospitalizado, se garantizarán, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las coberturas siguientes:

Gastos de transporte del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido en población distinta a la de su domicilio, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte hasta el lugar de inhumación, así como de los gastos de acondicionamiento del cadáver imprescindibles para su transporte, hasta la cantidad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el caso de que los familiares que acompañaban al Asegurado en el momento de su defunción no pudieran regresar a su domicilio por los medios inicialmente previstos, o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o a su domicilio.

Si los familiares a los que se refiere el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años, o familiares mayores de 70 años del Asegurado fallecido, y precisaran la asistencia de un familiar

o persona de confianza que les acompañe en el viaje de regreso, la Compañía se hará cargo de los gastos de desplazamiento de esa persona al lugar del accidente, y su regreso con los familiares del Asegurado hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio.

Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

Gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado

La Compañía cubrirá los gastos de estancia en el hospital de un acompañante del Asegurado accidentado, siempre que el período de hospitalización supere las 24 horas y previa justificación del desembolso efectuado. En caso de que al acompañante no le fuera permitida la estancia en el hospital, se pagarán los gastos de alojamiento de éste en un hotel, siempre y cuando el accidente haya ocurrido en población distinta a la del domicilio del Asegurado y no sea posible su traslado.

Los gastos de estancia se cubren desde el primer día, siendo los importes máximos por siniestro los previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Gastos de salvamento del Asegurado accidentado

La Compañía cubrirá los gastos que deba soportar el Asegurado por las operaciones de salvamento o de búsqueda que se lleven a cabo a consecuencia del Accidente, hasta la cantidad máxima por siniestro prevista en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

Servicio de Personal de Limpieza a domicilio

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período, por un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Personal de Limpieza para atender las necesidades de limpieza y orden en el domicilio habitual del Asegurado, durante 3 horas diarias, con un máximo de 8 días, y hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares.

Servicio de Profesionales Sanitarios a domicilio

Si tras la hospitalización del Asegurado un mínimo de 24 horas, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar los servicios de un Profesional Sanitario (enfermera/o) que asista al Asegurado en su domicilio habitual, hasta un máximo de 8 horas diarias, durante un período de tiempo no superior a los 8 días, y por el importe máximo previsto en las Condiciones Particulares.

Servicio de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendientes mayores de 70 años con dependencia del Asegurado para actos de la vida cotidiana.

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período por un Accidente cubierto por la póliza, y cuando por razón de la hospitalización o convalecencia quedaran desatendidos sus hijos menores de 10 años y/o minusválidos, o ascendientes mayores de 70 años que dependan del Asegurado para los actos de la vida cotidiana, la Compañía se hará cargo de facilitar el servicio una persona especializada que atienda a los mismos durante 5 horas diarias, con un máximo de 8 días, hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares.

Servicio de Farmacia de Guardia

Si tras la hospitalización del Asegurado, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio nocturno (de 20 h a 8 h) de búsqueda y entrega urgente en el domicilio del Asegurado de las medicinas necesarias prescritas con receta médica. **La Compañía asumirá únicamente el coste del envío, siendo el coste de los medicamentos a cargo del Asegurado.**

Gastos de Asistencia Veterinaria en caso de Accidente del Animal Doméstico de la familia

En caso de Accidente de animal doméstico, únicamente perros y gatos, del Asegurado, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Asistencia Veterinaria necesario para la curación del animal, con el límite previsto en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura no se exigirá hospitalización del Asegurado.

Servicio de Asesoramiento Jurídico

El Asegurado dispone de un Servicio de Asesoramiento Jurídico sobre cualquier asunto relacionado con el Derecho de Sucesiones y su relación con el seguro de Accidentes: el testamento, la herencia, las cláusulas beneficiarias, etc.

¿Cómo solicitar las prestaciones de la presente Garantía?

A través de los números de teléfono que figuran en la tarjeta que se facilita al Tomador del Seguro en el momento de formalizar la póliza.

E.7. Garantía de Asistencia en Viaje

Siempre que figure expresamente contratada en Condiciones Particulares, las coberturas comprendidas en la presente garantía tienen validez:

- a) en todo el territorio español, a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado, **salvo en Baleares y Canarias, donde será prestada a más de 10 Kms. del domicilio habitual.**
- b) en el resto del mundo y durante el tiempo que esté en vigor el presente contrato. Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, **el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.**

Coberturas que se ofrecen a través de esta Garantía

Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su equipo médico en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

Transporte o repatriación de los Asegurados.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.

- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto a), anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación en España del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado fuera de la provincia de su residencia habitual el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, **hasta 150 Euros por día y con un máximo de 10 días.**

Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- Los gastos de hospitalización.

Cantidades máximas cubiertas a consecuencia de un accidente o de una enfermedad por Asegurado **por eventos sobrevenidos en el extranjero hasta 12.000 Euros por el conjunto de gastos producidos fuera de España.**

Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero.

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas se requiriera un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento **hasta un máximo de 300 Euros.**

La presente garantía surtirá efecto únicamente cuando el Asegurado se encuentre en el extranjero. **Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero.**

Cuando sea de aplicación la cobertura anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 150 Euros por día y con un máximo de 10 días.**

La presente garantía surtirá efecto únicamente cuando el Asegurado se encuentre en el extranjero.

Transporte o repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.

En caso de robo de equipajes y efectos personales, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o de extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

Envío de medicamentos, documentos y objetos personales.

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para el tratamiento del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre. Asimismo se encargará de enviar al Asegurado aquellos documentos que hubiere olvidado y que resultaran indispensables para la continuación del viaje.

Transmisión de mensajes.

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

Normas para la utilización de esta Garantía.

La prestación del servicio de Asistencia en Viaje se solicitará a través de los números de teléfono que, tanto para llamadas desde España como desde el extranjero, figuran en la tarjeta que se facilita al Tomador del Seguro en el momento de formalizar la póliza y está sometida a las siguientes normas:

- En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado.
- En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.
- Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.
- Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.
- Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.
- El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Artículo 6°. ¿Cuándo se inicia la cobertura del Seguro?

El contrato de Seguro queda formalizado mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza por el Tomador, por el/los Asegurados, y por el representante de la Compañía. Si un Asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El efecto del Seguro, y por tanto, la cobertura, se inicia en la fecha y hora que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que ésta haya sido firmada por las partes y el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Artículo 7°. ¿Cuál es la duración del Seguro?

El Seguro se contrata con una **duración anual** a contar desde la fecha de efecto indicada en Condiciones Particulares de la póliza, **salvo estipulación en contrario** en las mismas.

A la expiración de dicho plazo, o del estipulado en Condiciones Particulares, el contrato quedará **tácitamente prorrogado** por un año. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurado. **Si el Seguro se contrató inicialmente por un periodo inferior al año, no habrá lugar a prórroga**, salvo pacto en contrario.

La prórroga tácita operará del modo indicado, salvo estipulación en contrario en Condiciones Particulares, hasta que finalice la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad, causando éste entonces baja de la póliza automáticamente, y extinguiéndose el contrato.

Artículo 8°. ¿En qué circunstancias finaliza el Seguro?

La cobertura del Seguro finaliza en las siguientes circunstancias:

- **Por edad del Asegurado:** Al término de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla la edad señalada en la tabla siguiente:

Garantías de:	Edad máxima de permanencia en el seguro:
Fallecimiento, Invalidez Permanente, Asistencia Personal y Asistencia en Viaje	70

Garantías de:	Edad máxima de permanencia en el seguro:
Fallecimiento por infarto o ACV, Invalidez Permanente por infarto o ACV, Incapacidad Temporal, Cuota mensual de Autónomo, Fallecimiento por accidente de circulación, Invalidez por accidente de circulación, Asistencia Sanitaria, Hospitalización por accidente y enfermedad y Cirugía Estética	65

En cualquier caso la póliza cesará a todos sus efectos al término de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

- **Por fallecimiento del Asegurado:**
- **Por decisión unilateral de las partes:** Cuando el Tomador o la Compañía comuniquen su voluntad de darlo por terminado, antes de los 30 días de expiración de la anualidad en curso si fuese a instancias del Tomador, o de los 60 días si fuese la Compañía.
- **Por falta de pago de la prima:** En caso de que el Tomador deje de pagar una prima vencida, y la Compañía no la haya reclamado en el plazo de seis meses después del vencimiento de la misma, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- **Por nulidad de la póliza:** El Seguro será nulo si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

Artículo 9º. ¿Qué debe declarar el Tomador y cómo deben ser sus declaraciones?

La Compañía formaliza el Seguro de Accidentes y determina el importe de la prima a satisfacer por el Tomador en base a las declaraciones formuladas por éste y, en su caso, por el Asegurado, en la correspondiente Solicitud de Seguro.

El Tomador tiene la obligación de declarar, en el cuestionario que contiene la Solicitud, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a cubrir por la Compañía.

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador, la Compañía podrá rescindir el contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde que conozca de dicha reserva o inexactitud, quedando en poder de la Compañía, salvo que medie dolo o culpa grave por su parte, las primas del periodo en curso.

Si ocurriera un siniestro antes de que la Compañía haya efectuado tal comunicación, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima inicialmente convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias. Si el Tomador o el Asegurado han obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la obligación de pago de la prestación correspondiente.

El Tomador del Seguro debe comunicar a la Compañía la existencia o la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes o de Vida que se refiera al Asegurado o Asegurados por el presente contrato, y que cubra durante idéntico período de tiempo cualquiera de los riesgos amparados por esta póliza. El incumplimiento de dicho deber dará lugar a que la Compañía pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

Artículo 10°. ¿Qué se debe hacer cuando hay variaciones en alguna de las declaraciones efectuadas?

Durante la vigencia del Seguro el Tomador, o en su caso el Asegurado, deben comunicar y declarar a la Compañía cualquier circunstancia que suponga una modificación del riesgo asumido por la misma. Así, debe declararse cualquier cambio que suponga:

10.1. Agravación del Riesgo: El Tomador o, en su caso, el Asegurado, vienen obligados, durante el curso del Seguro, a declarar y comunicar a la Compañía todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido la Compañía antes del inicio del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo habría hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro.

En este caso, la Compañía podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación del riesgo. El Tomador del Seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, podrá la Compañía, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, con- cediéndole un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual, y dentro de los ocho días siguientes, deberá la Compañía comunicar la rescisión definitiva al Tomador.

La Compañía podrá asimismo rescindir el contrato comunicándolo al Tomador del Seguro dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En caso de que el Tomador o el Asegurado no hubiera efectuado la de- claración y sobreviniere un siniestro, la Compañía queda liberada del pago de la prestación, si Tomador o Asegurado hubieran actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

10.2. Disminución del Riesgo: el Tomador o, en su caso, el Asegurado, podrán declarar durante la vigencia del contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía en el momento del inicio del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos.

En este supuesto, al finalizar el período en curso del Seguro, la Compañía deberá reducir 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 hubiese correspondido pagar, desde el momento en que se haya puesto en conocimiento de la Compañía la disminución del riesgo.

10.3. En caso de Desempleo, Invalidez Permanente de cualquier tipo o cese por cualquier causa de su actividad laboral o profesional habitual, consignada en póliza, el Asegurador rescindirá automáticamente el contrato procediendo a la devolución de la parte de la prima de la anualidad en curso abonada por el Tomador del Seguro.

Artículo 11°. ¿Qué hacer en caso de detectar errores en el contrato?

Si el contenido de la póliza difiere de lo indicado en la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador, en el plazo de un mes a contar desde

la entrega de la póliza. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Artículo 12°. ¿Qué otros derechos ofrece el Seguro?

12.1. Resolución unilateral del contrato: El Tomador tiene la facultad de resolver unilateralmente el contrato de Seguro dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en que la Compañía le entregue la póliza.

Esta facultad debe ejercerse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del Seguro, y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

12.2. Designación de beneficiarios: Es derecho exclusivo del Tomador la designación de Beneficiarios de la póliza, y la modificación de dicha designación.

El Tomador puede revocar la designación en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación de beneficiarios puede efectuarse en la póliza, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares, en posterior declaración escrita comunicada a la Compañía, o por testamento. El cambio o revocación de beneficiario deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Artículo 13°. ¿Qué es necesario saber respecto al pago de primas?

Los aspectos más relevantes son los siguientes:

13.1. Indivisibilidad y Fraccionamiento de la prima: Las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por un tiempo inferior al año, en cuyo caso se constituirá como prima única.

No obstante, en el caso de prima anual, podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales, siempre que se respete en todo momento el importe de recibo mínimo que tenga estipulado la Compañía. El fraccionamiento de pago de la prima anual no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la misma.

13.2. Momento del pago de la prima: El pago de la primera prima se efectuará en el momento del inicio del contrato, y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

13.3. Falta de pago de la primera prima: Si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima, o la prima única en su caso, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de toda obligación.

13.4. Falta de pago de alguna de las primas sucesivas: En caso de falta de pago de alguna de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Compañía quedará suspendida un mes después del día en que la misma fuera exigible.

Si la Compañía 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, cuando el contrato esté en suspenso, la Compañía sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó la prima.

13.5. Lugar de pago de las primas: El domicilio de pago de las primas será el del Tomador del Seguro, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se determine lugar distinto.

13.6. Domiciliación bancaria: Si se conviene el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía, junto con la Solicitud de Seguro, una Orden de domiciliación bancaria, dirigida a su Banco o Caja de Ahorros, dando la autorización oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, este no se hubiera hecho efectivo. En este caso, la Compañía notificará al Tomador que tiene el recibo de prima a su disposición en el domicilio de la Compañía o en el de su correspondiente representante, lugar donde el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima.
- c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir de día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquélla estará obligada a notificarle tal hecho por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía

13.7. Pago de los Tributos: El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza y en cualquier momento de la vida de la póliza que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado, por el Beneficiario o por sus respectivos derechohabientes.

13.8. Pago realizado a Agente, o a Corredor de Seguros: El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador a un Agente afecto de la Compañía surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de Seguro.

El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado a la Compañía, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el recibo de prima original de la Compañía.

Artículo 14º. Comunicaciones relativas al Seguro

14.1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato: Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se regirán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un so-

porte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

14.2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones: El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

14.3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes: Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

14.4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros: Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

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

Las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador efectúe al Tomador o a los Asegurados a través del agente o corredor de seguros que medie o haya mediado la operación surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado directamente el Asegurador.”

Artículo 15°. ¿Cómo mantener permanentemente actualizados los importes de las prestaciones?

El Tomador puede contratar, opcionalmente, un sistema de revalorización automática del importe de las prestaciones garantizadas. Esta opción deberá indicarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

La revalorización automática se aplicará únicamente a las garantías principales de Fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta y Parcial por Accidente y en su caso a las prestaciones adicionales que de ellas dependan.

Las prestaciones garantizadas se incrementarán anualmente con arreglo a un porcentaje fijo que se indicará en Condiciones Particulares.

Artículo 16°. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

El Tomador o Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro en un plazo máximo de siete días, tal como previene el Artículo 16 de la Ley 50/1980.

Para la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente de recibirse la comunicación del siniestro transcurrido dicho plazo máximo, se entiende que el perjuicio causado al Asegurado se traduce en la imposibilidad manifiesta de control del siniestro por lo que el Capital Asegurado comenzará a devengarse desde la fecha en que el Asegurador haya recibido la citada comunicación.

Si el aviso se cursa por correo, deberá hacerse a través de carta certificada, y se reconoce como fecha de recepción la que figura en el matasellos del sobre correspondiente. En todos los casos, se podrá acreditar la fecha de inicio del devengo del Capital Asegurado por el acuse de recibo que haya sido extendido por el Asegurador.

El Tomador del Seguro y el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, tendentes básicamente a que el Asegurado reciba tratamiento médico, se sigan las prescripciones facultativas y se realicen cuantas diligencias se consideren necesarias para conservar la vida y el pronto restablecimiento del Asegurado. 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. Si este incumplimiento fuese con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación.

El Asegurador no queda vinculado por las valoraciones emitidas por profesionales de cualquier otro organismo público o privado.

El Asegurador queda en disposición de dar por concluido el devengo del Capital Asegurado cuando el Asegurado incumpliera algún artículo de las presentes Condiciones Generales, o bien, cuando el facultativo del Asegurador determinara que se pretende prolongar de forma artificiosa un siniestro.

En caso de que el Asegurado se encontrara fuera de su residencia habitual y no pudiera trasladarse a la misma tras el accidente o enfermedad, tiene derecho a percibir el Capital Asegurado contratado, siempre que cumpla todos los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Generales para las distintas garantías, informando además, del domicilio en el cual se encuentra de forma circunstancial debido al accidente o enfermedad.

a) Pago del siniestro.

El Asegurador está obligado a satisfacer el Capital Asegurado 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.

- Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del Seguro y la Compañía quedaría liberada de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.
- Permitir en cualquier caso el examen del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente a la Compañía, y el eventual traslado del Asegurado al lugar que corresponda para efectuar dichas pruebas. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán a cargo de la Compañía.
- Relevar del deber de secreto profesional, respecto a la información que pudiera Solicitar la Compañía, a los profesionales que hubieran intervenido.

El Beneficiario o Beneficiarios, el Asegurado, o el Tomador, según el caso, deberán aportar, en el momento de la comunicación del siniestro, la documentación exigida para cada prestación incluida expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

El retraso o falta de declaración del siniestro faculta a la Compañía para reclamar al Tomador los daños y perjuicios causados,

La violación del deber de informar a la Compañía sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro ocasionará la pérdida del derecho a la prestación, en el supuesto de que hubiese mediado dolo o culpa grave, salvo si hubiese tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Deberá aportarse la documentación que, a título no exhaustivo, se indica seguidamente.

- **En caso de fallecimiento por accidente**

- Certificado literal de defunción
- Documento acreditativo de la condición de Beneficiario. Testamento o declaración de herederos ab-intestato
- Exención del impuesto de Sucesiones o certificado de haber presentado liquidación ante Hacienda.

- **En caso de Invalidez Permanente**

- Certificado médico en el que consten las causas y el tipo de invalidez.
- Para la garantía de adecuación de la vivienda habitual o del automóvil deberán presentarse facturas originales de las reformas necesarias llevadas a cabo.

- **En caso de Incapacidad Temporal**

- Declaración del accidente en el plazo máximo de 7 días al de su ocurrencia (salvo en caso de hospitalización del Asegurado). De declararse con posterioridad a los referidos 7 días, se iniciará el derecho a la indemnización a partir de la fecha de declaración.
- Certificado médico de incapacidad temporal para la profesión del asegurado, en el que consten las lesiones que presenta y con indicación de la probable duración de la incapacidad.
- Certificado médico de alta con indicación de cuando se ha producido.

- **En caso de Asistencia Sanitaria por accidente**

- Cuando se preste en Centros de Libre Elección, facturas originales.
- Cuando se preste en Centros Recomendados los pagos los hará directamente el Asegurador al Centro que corresponda.

Firme lo anterior, cualquier otra información o documentación que el Asegurador estime pertinente.

Artículo 17°. Criterios de indemnización en caso de siniestro

La Compañía liquidará la prestación que corresponda por las consecuencias directas y exclusivas del Accidente que sean independientes de condiciones físicas y/o psicológicas, preexistentes o sobrevenidas, del Asegurado. Por tanto, la influencia que el Accidente pueda haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación de las lesiones producidas por el Accidente, son consecuencias indirectas y no indemnizables.

Los criterios para el reconocimiento del derecho a prestación son los siguientes:

17.1. Pago de la prestación: La Compañía, previa recepción de la documentación requerida y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la prestación al Beneficiario o Beneficiarios designados, notificando por escrito la cuantía de la prestación que corresponda.

El importe de las prestaciones garantizadas y límites de cobertura indicados será el que corresponda a la anualidad de Seguro en que se haya producido el accidente cubierto por la póliza.

17.2. Desacuerdo entre las partes: Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Tomador, Asegurado, o Beneficiarios, en su caso, acerca de las causas del siniestro y demás circunstancias que influyen en la determinación de la prestación, las partes se someterán a la decisión de Peritos, conforme a lo establecido en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

17.3. Lugar del pago de la prestación: El pago al Beneficiario de las prestaciones cubiertas por el Seguro será hecho efectivo en el domicilio social de la Compañía o de cualquiera de sus representantes, y satisfecho en moneda española, según el cambio oficial del día en que hubiese ocurrido el evento.

17.4 Demora en el pago de la prestación: Si en el plazo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro la Compañía no hubiese abonado la correspondiente prestación garantizada por la póliza, por causa no justificada o que le fuese imputable, su importe se incrementará según lo establecido en la legislación vigente.

Artículo 18°. ¿Pueden cobrarse varias prestaciones en caso de siniestro?

Para cobrar cualquier prestación garantizada en caso de siniestro, es necesario haberla contratado previamente, que no figure excluida en las Condiciones Particulares de la póliza, y que el Tomador haya satisfecho el recibo de prima correspondiente.

Un mismo Accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de Fallecimiento y para el caso de Invalidez Permanente. Si tras el pago de la prestación por Invalidez Permanente absoluta o parcial, el Asegurado falleciera como consecuencia del mismo Accidente, se pagaría únicamente la diferencia si la prestación prevista para caso de Fallecimiento fuera superior a la ya satisfecha.

La misma regla regirá para las garantías de Fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta, ambas por infarto o accidente cerebrovascular.

Las prestaciones derivadas de las garantías de Infarto de miocardio o accidente cerebrovascular no son acumulables con ninguna otra de fallecimiento o invalidez.

Artículo 19º. ¿Cuándo prescriben las acciones derivadas del Seguro?

Las acciones que se deriven del Seguro prescribirán en el término de cinco años.

Artículo 20º. ¿Cuál es la Jurisdicción competente?

El presente Seguro queda sometido a la legislación y a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Tomador en España.

Artículo 21º. Cobertura de los “Riesgos Extraordinarios”

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

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

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalas atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las Sucursales de Generali.

www.generali.es

generali.es

