

Póliza del Contrato de Seguro de

Accidentes Colectivo (153)

entre

A.M.P.A. LUIS VIVES

y

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Nº 022702923

ANEXO Condiciones Generales



CONDICIONES PARTICULARES

Datos identificativos

Tomador del seguro **A.M.P.A. LUIS VIVES** C.I.F.: G24055949
Cl. Murillo, S/N
24005 León

Póliza y duración **Póliza nº:** 022702923
Duración: Desde el día 06/10/2007 hasta el día 05/10/2008.
Renovable a partir del 06/10/2008.

Mediador **Crego Fernández Angel** 524 5240356
C/ Santa Ana 65 Bajo
24006 León
Tel: 987261022
crego.fernandez.pa@allianz.es www.agenteallianz.com/crego_fernandez

Descripción Riesgo Global Número total de asegurados del colectivo: **147**.
Naturaleza del riesgo: **ALUMNOS (SEGUN RELACION EN PODER DE LA CIA) DEL CENTRO TOMADOR DEL SEGURO. .**

Descripción Grupo Número 1 Número de asegurados: **147**.
Categoría del riesgo: **Estudiantes de Colegios e Institutos .**
Detalle de la actividad: **ALUMNOS (SEGUN RELACION EN PODER DE LA CIA) DEL CENTRO TOMADOR DEL SEGURO. .**
Modalidad de cobertura: **Riesgo especial.**
Ampliación de la cobertura: **Sin ampliación.**

Garantías Contratadas	Muerte	3.500,00 Euros por asegurado
	Invalidez Permanente S/Baremo	10.000,00 Euros por asegurado
	Asistencia Sanitaria Concertada	Incluida

Cláusulas

1. Reemplazo
Afecta a todos los asegurados

Reemplazo

2. Varias garantías de incapacidad permanente
Afecta a todos los asegurados

En caso de que se hayan contratado varios tipos de Incapacidad Permanente, no serán acumulables las indemnizaciones que pudieran corresponder por la aplicación de varias de ellas.

Se exceptúan las coberturas con capital añadido en caso de accidente de circulación.

3. Naturaleza mercantil del contrato
Afecta a todos los asegurados

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral.

Idéntica condición operará en el caso de que el contrato se formalice con el fin de cubrir a un colectivo de trabajadores, aún en el caso de que se garanticen mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social. A este respecto, la presente póliza es ajena e independiente a cualquier otra que el Tomador del Seguro estuviera obligado a suscribir como consecuencia del Convenio de Empresa.

Por todo lo anterior, tendrá la consideración de 'Accidente' cubierto por la póliza, únicamente aquel hecho que reúna los requisitos indicados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en desarrollo de la Ley de Contrato de Seguro. No será de aplicación la declaración de accidente emitida por cualquier otro organismo fuera del ámbito civil o mercantil.

4. Disminución física o psíquica
Afecta a todos los asegurados

El Tomador del Seguro declara que a la firma de este contrato, ninguno de los trabajadores que forman parte de su plantilla se encuentra afectado por

ningún tipo de minusvalía o lesión.

5. Gastos de sepelio menores de 14 años
Afecta a todos los asegurados

Cuando la edad del asegurado sea inferior a 14 años, la cantidad señalada para caso de Muerte, se abonará en concepto de Gastos de Sepelio.

6. Límite edad asegurable
Afecta a todos los asegurados

El contrato cesa al término de la anualidad de seguro en la cual el asegurado/a cumpla los 70 años de edad. No obstante, si el asegurador continúa emitiendo recibos de prima posteriores y son atendidos por el tomador, el seguro se considerará prorrogado durante el período que figure en aquellos.

7. Declaración de salud
Afecta a todos los asegurados

El Asegurador, en virtud de las declaraciones de salud realizadas por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud incluido en la Solicitud de Seguro y al informe realizado en su caso por el médico seleccionador, acepta la cobertura de las Garantías relacionadas en las Condiciones Particulares, con las limitaciones establecidas en las mismas.

8. CURSOS F.P.
Afecta a todos los asegurados

El Tomador del Seguro facilitará la relación de asegurados al Asegurador. Se excluyen actividades peligrosas, tales como bomberos, buzos, actividades deportivas y similares.

9. CENTROS RECOMENDADOS: CASTILLA-LEON
Afecta a todos los asegurados

Centros recomendados para asistencia sanitaria:

-Avila :

.Clínica Santa Teresa (Av.Sta.C.Tenerife, 11- Tfo. 920 22 1450)

-Burgos:

.Hospital San Juan de Dios (Paseo de la Isla,41- Tfo. 947 20 7240)

.Centro la Fraternidad (Av.Gral Sanjurjo,34 - Tfo. 947 27 2517)

.Hospital Cruzo Roja (Cruz Roja, sn- Tfo. 947 22 1500)

.Hospital Reyes Católicos (Avda. Reyes Católicos 37-41)

Tfno. 947237263 Fax 947227337

-León :

.Centro rehabilitación Sto.Domingo (Gral.Sanjurjo,5- Tfo. 987 22 5427)

.Centro la Fraternidad (Pza.San Marcos, 7 - Tfo. 987 24 5012)

.Clínica San Francisco (Marqueses S.Isidro,11- Tfo. 987 25 1012)

.Sanatorio Dr.Lopez Otazu (Lancia,4- Tfo. 987 20 6112)

.Hospital San Juan de Dios (Avda. San Ignacio de Loyola, 73

Tfno. 987 232 500 Fax: 987 243 470

.Clínica Altollano (La Fuentina s/n-Llanos La Nava

24193-Navatejera-León Tfno: 987286000 Fax: 987286012

-Palencia :

.Hospital San Telmo (Av.San Telmo, sn- Tfo. 979 72 8200)

.Hospital Recoletas (Av. Simón Nieto 31-34 Tf. 979 747 700

fax 979 703 329)

-Salamanca :

.Clínica Médico Campoamor (Av.Campoamor,24-26 -Tfo. 923 23 7273)

.Santísima Trinidad (Pº Carmelitas,74- Tfo. 923 36 9300)

.Clínica San Marcos V (Pso. de la estación, 27 - Tfo.923 12 14 22)

-Segovia :

.Hospital de la Misericordia (Dr.Velasco, 21-23 Tf 921 46 0116)

.Clínica la Piedad-Rehabilitación (Ezequiel González,27- Tfo. 921 44 4400)

-Soria:

.Sanatorio Quirurg.Dr.Salas de Pablo (Mosquera Barnuevo,8- Tfo.975 221200)

-Valladolid: Cruz Roja (Felipe II- Tfo. 98 335 8000)

-Zamora :

.Clínica Santa Clara(Santa Clara, 33 - Tfo. 988 53 4378)

Procedimiento de actuación:

Deberá acreditarse la condición de asegurado mediante la presentación de la póliza o datos de la misma, así como cumplimentar la declaración de

sinies- tro.

Unicamente en caso de asistencia urgente, no será necesaria la acreditación anterior.

La Compañía reembolsará los gastos abonados por el Asegurado, siempre que el siniestro haya sido aceptado y previa presentación de las facturas originales.

10. POLIZA INNOMINADA: IDENTIFICACIÓN ASEGURADOS
Afecta a todos los asegurados

IDENTIFICACIÓN DEL COLECTIVO ASEGURADO.-
LA RELACIÓN DE PERSONAS ASEGURADAS ESTÁ DISPONIBLE EN:
FICHA GESTION POLIZA SEGUN RELACION INDEXADA.

11. Reemplazo
Afecta al grupo 1

Reemplazo

12. Centros escolares (Alumnos)
Afecta al grupo 1

Por la presente póliza se garantiza la prestación pactada como consecuencia de los accidentes que puedan sobrevenir a los alumnos del Centro docente que contrata la póliza. Los asegurados deberán estar inscritos en los libros oficiales de matrícula del Centro.

La cobertura del seguro abarca única y exclusivamente el período lectivo y en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- En las horas de clase, recreos, juegos, gimnasia, ejercicios físicos, horas extraordinarias de estudio, exámenes, refectorio y trabajos manuales, propios de la actividad escolar.

- Trayecto de ida y vuelta al colegio, bien a pie o en medio de transporte de uso general, incluida motocicleta de cilindrada inferior a 125 c.c.

- Actividades extraescolares, dentro o fuera del recinto escolar, siempre que éstas se realicen bajo la tutela del profesorado, salvo la práctica de deportes con carácter competitivo, tanto en el propio Centro como fuera del mismo.

- Excursiones dentro del territorio nacional con duración inferior a diez días.

13. Asistencia sanitaria centro recomendados
Afecta al grupo 1

La Garantía de Asistencia Sanitaria, se regirá de acuerdo con lo indicado a continuación:

El Asegurador reembolsará la totalidad de los gastos médico-farmacéuticos en Centros de la Seguridad Social o recomendados por el Asegurador.

En aquellas poblaciones en las que no existieran Centros Recomendados, se reembolsará al asegurado el importe de los gastos ocasionados, tomando como límite las tarifas vigentes de Accidentes de Trabajo en España.

La duración de la prestación será igual a la duración de la póliza y, en todo caso, con el límite de un año y mínimo de treinta días.

Primas Ref. : 843803512

Período: de 06/10/2007 a 05/10/2008

Periodicidad del pago: Anual

Prima Neta	1.214,22
IPS (6%)	72,85
Recargos	3,64
Consorcio	7,35
Total Recibo	1.298,06

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador **Crego Fernández Angel** teléfono **987261022**

También a través de su e- mail **crego.fernandez.pa@allianz.es**

o de su web **www.agenteallianz.com/crego_fernandez**

Para cuestiones administrativas y de servicio

El **Centro de Atención Telefónica** de Allianz **902 300 186**

También a través de su web **www.allianz.es**

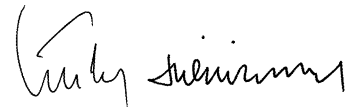
El Tomador del seguro declara recibir, conjuntamente con este documento, las Condiciones Generales Ed. Mayo 2004 aplicables a este contrato.

Emitido en León a 29 Octubre 2007.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
A.M.P.A. LUIS VIVES

Por mi mediación,
El Mediador
Crego Fernández Angel

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.



Seguro de Accidentes Colectivo

CONDICIONES GENERALES

(Ed. Mayo 2004)

Índice

DEFINICIONES	
PRELIMINAR	
CAPÍTULO I: OBJETO Y ALCANCE DEL SEGURO	
Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA EL ASEGURADOR	3
Artº. 2º. RIESGOS BÁSICOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADOR	3
Riesgo Primero: Muerte	
Riesgo Segundo: Incapacidad Permanente Parcial	
Riesgo Tercero: Invalidez Temporal	
Riesgo Cuarto: Asistencia Sanitaria	
Riesgo Quinto: Hospitalización y Convalecencia	
Artº. 3º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	8
Artº. 4º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	10
CAPÍTULO II: SINIESTROS	
Artº. 5º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	12
CAPÍTULO III: ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	
Artº. 6º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO	13
Artº. 7º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA	13
Artº. 8º. PRIMAS REGULARIZABLES	13
CAPÍTULO IV: CUESTIONES FUNDAMENTALES	
Artº. 9º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO	14
CLÁUSULA FINAL	17

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. **El Tomador del Seguro**, la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza y suscribe el contrato con el Asegurador.
2. **El Asegurado**, cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.
3. **Los Coaseguradores**, los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.
4. **El Asegurador**, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro.
5. **El Beneficiario**, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.
6. **Prima**, el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
7. **Franquicia deducible**, es la cantidad, porcentaje o período de tiempo expresamente pactado, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.
8. **Carencia**, el período durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías no surte efecto.
9. **Accidente**, lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
10. **Siniestro**, todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.
11. **Suma Asegurada**, el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro.

Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, la cantidad máxima a abonar por un mismo accidente será de 27.000.000 euros.

PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1980, a la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado y al Real Decreto 2486/1998 por el que se aprueba el Reglamento que desarrolla esta última Ley, y a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan. Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas intentando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CAPÍTULO I

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA EL ASEGURADOR

La Compañía Aseguradora garantiza la realización de las prestaciones previstas para compensar el interés asegurado en caso de siniestro.

Artº. 2º. RIESGOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADOR**A) INTERÉS ASEGURADO**

A.1 El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza. La cobertura puede alcanzar cualquiera de las siguientes modalidades, según quede establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza:

1. **Cobertura de veinticuatro horas:** la presente modalidad garantiza el pago de las indemnizaciones previstas cuando el Asegurado sufra un accidente amparado por la póliza, tanto en su vida privada como en el ejercicio de su profesión.
2. **Riesgo profesional:** las garantías quedan limitadas a los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo declarado en las Condiciones Particulares, incluido el riesgo in itinere. Quedan por tanto excluidos los accidentes que se produzcan en el curso de su vida privada o durante el ejercicio de actividades profesionales, empresariales o laborales distintas a las indicadas en las Condiciones Particulares.
3. **Riesgo extraprofesional:** la cobertura queda limitada a los accidentes extraprofesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del Asegurado, quedando por tanto excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

Además de aquellos hechos incluidos por la definición de Accidente especificada en el punto 9 del Apartado Preliminar- Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

- a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error o por acto criminal de terceros productos tóxicos o corrosivos.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado.
- c) Las luxaciones, los desgarros y las distensiones musculares o de tendones, incluso si son consecuencia de un súbito y brusco esfuerzo propio.
- d) Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión

atmosférica, siempre que el Asegurado haya estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto en póliza.

- e) La asfixia por inmersión.
- f) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos si han sido motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- g) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los ocurridos prestando el servicio militar (excepto en aeronáutica y paracaidismo) o la Prestación Social Sustitutiva, en tiempo de paz, así como los que sean consecuencia de actos realizados para salvar personas o bienes.
- h) Los accidentes que tengan su origen en vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o mentales, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias o patologías no se hubieran puesto de manifiesto con anterioridad a la contratación de la póliza.
- i) Las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas últimas produzcan, como la malaria, el tifus exantemático, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño y similares.
- j) Los derivados del uso de medios normales de locomoción terrestre utilizando como pasajero o conductor (siempre que se esté en posesión de la autorización administrativa correspondiente) toda clase de vehículos automóviles, furgonetas o camiones y como conductor de motocicletas cuya cilindrada no exceda de 125 c.c., o pasajero de cualquier tipo de motocicleta. Los ocurridos como pasajero en viajes marítimos en buques de pasajeros y los accidentes de aviación sufridos como pasajero de aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros, salvo lo indicado en el apartado f de las exclusiones.

A.2 La indemnización o prestación como consecuencia de alguna de las siguientes garantías, cubiertas por la póliza cuando expresamente figuren en las Condiciones Particulares:

Riesgo Primero: Muerte

1. Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado, en el plazo de tres años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del asegurado.

El Asegurador satisfará a los mismos beneficiarios, previa justificación de las circunstancias del accidente y presentación de un Certificado Médico Oficial en el que consten las causas del fallecimiento, un anticipo del 5%

del capital asegurado para afrontar los gastos inmediatos generados a consecuencia del accidente.

En caso de que la prestación correspondiente a la cobertura de fallecimiento se revele indebida, los Beneficiarios se obligan a restituir al Asegurador el importe percibido en razón de lo indicado en el párrafo anterior.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de MUERTE, si ésta es superior.

2. Orfandad: Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge, el asegurador abonará a **aquellos beneficiarios que sean hijos de ambos cónyuges y que además sean menores no emancipados, o bien estén afectados por una incapacidad absoluta para cualquier trabajo**, un capital adicional global, para el conjunto de hijos, en concepto de ORFANDAD, de 9.000 euros.
3. Muerte por agresión: Si se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de atraco, secuestro, o cualquier otro tipo de agresión por parte de terceros, la indemnización por la cobertura de MUERTE se incrementará en un capital adicional de 9.000 euros. **salvo que la agresión se produjera en alguna de las situaciones que se señalan en el artículo 3º (RIESGOS EXCLUIDOS).**
4. Muerte por infarto de miocardio: A los solos efectos de la cobertura de muerte, el infarto de miocardio tendrá la consideración de accidente. En caso de fallecimiento por infarto de miocardio **la indemnización por muerte queda limitada a un capital de 9.000 euros o al 100% del capital garantizado en caso de fallecimiento si**

éste fuera inferior.

Riesgo Segundo: Incapacidad Permanente

1. Se entiende por incapacidad permanente, a los efectos del presente contrato, la situación de limitación funcional irreversible sobrevinida a consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente.

A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante.

El grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de invalidez.

2. Cuando un accidente ocasione al Asegurado, **en el plazo de tres años a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo**, una incapacidad permanente, el Asegurador pagará la indemnización debida, que se calculará según lo indicado en el punto 3.

La situación de incapacidad permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

En el supuesto de que transcurran tres años desde la fecha del accidente sin que la invalidez que sufra el Asegurado pueda calificarse de estable y definitiva, el Asegurador pagará la indemnización de acuerdo con el grado de invalidez que tenga el Asegurado en el momento de cumplirse dicho plazo, al margen de la posibilidad de reversibilidad o agravación. El pago en cuestión tendrá el carácter de total y definitivo para la cobertura que nos ocupa, sean cuales fueren las consecuencias previstas o imprevistas de la invalidez valorada.

3. Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A. CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores	100%
Estado vegetativo persistente	100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje)	40%
Amnesia completa de fijación	40%
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado	20%

SISTEMA OSEO

Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia	15%
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia	4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional	30%

SISTEMA OLFATORIO

Pérdida parcial de la nariz	10%
Pérdida total de la nariz	25%
Pérdida del olfato (Anosmia)	5%

BOCA

Pérdida de todos los dientes superior e inferior	10%
Amputación total de la lengua	30%
Pérdida del gusto (Ageusia)	5%
Ablación maxilar inferior	25%

OIDO

Pérdida de una oreja	10%
Pérdida de las dos orejas	25%
Sordera total de un oído	15%
Sordera total de los dos oídos	50%

OCULAR

Ceguera de un ojo	30%
Ceguera de los dos ojos	100%

B. TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL:

a) Pérdida completa de movilidad de columna	60%
b) Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo- extensión, rotación e inclinación	25%
c) Segmento dorso- lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo- extensión, rotación e inclinación	30%

COSTILLAS

Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales	10%
---	-----

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA

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

PULMON

Pérdida de un pulmón	25%
----------------------------	-----

RIÑÓN

Pérdida de un riñón	25%
Pérdida de los dos riñones	70%

BAZO

Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica	20%
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica	10%

APARATO GENITAL FEMENINO

Pérdida de las glándulas mamarias	25%
Pérdida de los ovarios	35%
Pérdida del útero	35%
Deformación genitales externos femeninos:	
- con alteración funcional	40%
- sin alteración funcional	25%

APARATO GENITAL MASCULINO

Desestructuración del Pene:	
- con alteración funcional	40%
- sin alteración funcional	25%
Pérdida de los testículos	35%

C. EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%

Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento:		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo	15%	10%
Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:		
- A nivel del brazo	25%	20%
- A nivel del antebrazo- muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio	25%	25%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D. EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies	100%
Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior	100%
Amputación a nivel de la cadera	70%
Amputación por encima de la rodilla	60%
Amputación por debajo de la rodilla	45%
Amputación primer dedo	10%
Amputación de otro dedo	3%
Pérdida total de los movimientos de la cadera:	
- En posición funcional	30%
- En posición desfavorable	40%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla:	
- En posición funcional	20%
- En posición desfavorable	30%
Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:	
Anquilosis articulación tibio tarsiana:	
- En posición funcional	10%
- En posición desfavorable	20%
Anquilosis subastragalina	5%
Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez	30%
Extirpación de la rótula (Patelectomía):	
- Total	15%
- Parcial	10%
Deformidades postraumáticas del pie	10%
Acortamientos:	
- Hasta 1,5 cm.	2%
- de 1,5 cm a 3 cm.	5%
- de 3 cm. a 6 cm.	10%
- más de 6 cm.	15%
Parálisis completa del nervio ciático	60%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo externo	25%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo interno	15%

4. Normas para la valoración del grado de Incapacidad:

- a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
- b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, incluidas las de menor importancia, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.
- c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

DEFECTOS FÍSICOS existentes antes del accidente:

- a) La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el estado de malformación de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
- b) La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

EXISTENCIA DE VARIAS LESIONES EN UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

EXISTENCIA DE VARIAS LESIONES:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100%.

Riesgo Tercero: Invalidez Temporal

Se entiende por Invalidez Temporal, la lesión que imposibilite transitoriamente y de forma total al Asegurado para el desempeño de su actividad laboral o profesional, descrita en las Condiciones Particulares.

En caso de determinarse la Invalidez Temporal del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurador abonará una indemnización diaria durante el **plazo máximo de duración de la póliza establecido en Condiciones Particulares y en cualquier caso, con el límite de un año**, una vez aplicada la franquicia, desde el inicio de la prestación.

La indemnización se reducirá al 50 por ciento tan pronto como el Asegurado, aún siguiendo en situación de Invalidez Temporal, pueda dirigir, vigilar o dedicarse a sus ocupaciones de forma parcial.

La indemnización diaria comenzará a devengarse a partir del día en que se inicie la imposibilidad del Asegurado para desarrollar sus actividades, siempre acreditado mediante certificación médica.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado, y se abona con independencia de estas coberturas.

La presente Garantía **se anulará automáticamente con la jubilación del Asegurado y, en todo caso, al cumplir los 65 años de edad.**

Riesgo Cuarto: Asistencia Sanitaria

A) Se entiende por Asistencia Sanitaria la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos.

El Tomador del Seguro deberá elegir en el momento de la contratación de la póliza, y así constará en Condiciones Particulares, uno de los siguientes tipos:

- a) **ILIMITADA EN CENTROS RECOMENDADOS:** La totalidad de los gastos en centros de la Seguridad Social o recomendados por el Asegurador.
- b) **LIBRE ELECCIÓN:** Los gastos ocasionados hasta el límite del capital fijado en Condiciones Particulares.
- c) **ILIMITADA Y LIBRE ELECCIÓN:** La totalidad de los gastos en centros de la Seguridad Social o recomendados por el Asegurador y los gastos ocasionados hasta el límite del capital fijado en Condiciones Particulares en centros de libre elección.

B) Consideraciones comunes a todos los tipos de Asistencia:

Si como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, **y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro**, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador le abonará los gastos médicos de acuerdo con el tipo elegido en Condiciones Particulares **durante el plazo máximo de duración de la póliza y, en cualquier caso, con un límite máximo de un año y un mínimo de treinta días.**

En caso de que el asegurado agote el capital elegido en la garantía de Asistencia Sanitaria en centros de libre elección, no podrá disponer de esta garantía hasta la siguiente anualidad.

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.
2. Operaciones de salvamento o búsqueda del accidentado y transporte necesario hasta un máximo de 750 euros por asegurado y siniestro.
3. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.
4. Los de cirugía plástica, reparadora, prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos con el límite máximo del 25% del capital fijado para esta garantía en Condiciones

Particulares, sin que pueda sobrepasar la cantidad de 750 euros.

5. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante **un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.**

Esta garantía se anulará automáticamente con la jubilación del Asegurado y en todo caso al cumplir éste los 65 años de edad a efectos del Seguro.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado y se abona independientemente de éstas.

Riesgo Quinto: Hospitalización y Convalecencia

En caso de internamiento del Asegurado en un centro clínico asistencial, motivado por un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará la indemnización diaria pactada por este concepto a partir del primer día de hospitalización, **siempre y cuando haya permanecido internado un mínimo de veinticuatro horas.**

El período máximo indemnizable será el de duración de la póliza y, en todo caso, un año.

1. Si una vez terminado el período de hospitalización el Asegurado debiera proseguir, por prescripción facultativa, la convalecencia en su domicilio o en un centro especializado, el Asegurador pagará el 50 por ciento de la indemnización diaria pactada mientras perdure tal situación y **como máximo durante sesenta días.**
2. La presente cobertura es compatible e independiente de la asistencia sanitaria, que puede por tanto ser asimismo incluida en el seguro.

A) EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Salvo lo indicado de forma específica para las garantías de Asistencia Sanitaria e Incapacidad Temporal, el contrato finaliza al término de la anualidad en la que **el Asegurado cumpla la edad de 70 años.**

B) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

1. **La evaluación médica** de la invalidez o incapacidad del Asegurado para determinar la indemnización que corresponda a dicha Invalidez.
2. **El pago** de los capitales fijados para las diferentes consecuencias del accidente.
3. **El pago** de las facturas de los gastos médicos producidos, cuando dicha cobertura esté contratada.

C) ÁMBITO TERRITORIAL

El Seguro es válido en todo el mundo.

Para las Garantías de INVALIDEZ TEMPORAL y

ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA, la prestación solo se realizará durante el tiempo en que el Asegurado permanezca en territorio español.

Si algún Asegurado traslada su domicilio al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

Artº. 3º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Personas no asegurables:

- a) Las personas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, diabetes (salvo lo previsto en el párrafo siguiente) o de otras enfermedades graves y/o permanentes no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación, devolviendo el Asegurador al Tomador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

La garantía relativa a personas afectadas de diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en la sangre no supere los 200 mg. por decilitro y la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

- b) Para los asegurados menores de 14 años, la prestación para el caso de muerte se entiende sustituida por el reembolso de los gastos de sepelio, hasta un máximo de 6.000 euros.

2. Accidentes excluidos, garantizables por cláusula especial: Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el Asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos:

- a) **Actividades deportivas:** siempre y cuando se realicen en calidad de aficionado y sin ningún tipo de remuneración: pesca submarina con oxígeno, escalada, esquí de nieve y náutico, halterofilia, hípica (polo y salto), hockey, judo, kárate, lucha, motonáutica, patinaje, rugby, saltos de trampolín, surf, taekwondo, y cualquier otro deporte no mencionado o de nueva creación, cuyo riesgo pueda considerarse similar a los anteriores.

- b) **Conducción de motocicletas:** Con cilindrada superior a 125 c.c., para uso exclusivamente privado.

3. Accidentes agravados:

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o un estado morboso preexistente o sobrevenido después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo, el Asegurador no responde de los efectos que tales circunstancias concurrentes hayan producido sobre las consecuencias del accidente.

4. Riesgos y consecuencias que en ningún caso son cubiertos por el Asegurador:

- a) Los hechos que no tengan la consideración de

- accidente según lo estipulado en el punto 9 del Apartado Preliminar- Definiciones. Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- b) Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad. No obstante, para los Asegurados menores de 10 años de edad, están garantizados los accidentes a consecuencia de riñas y peleas.
 - c) Suicidio o tentativa de suicidio. Operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.
 - d) Todo tipo de enfermedades y epidemias.
 - e) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
 - f) Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos como ala delta, vuelo sin motor, paracaidismo y similares.
 - g) Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.
 - h) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente, o condujera un vehículo bajo dichas circunstancias.
 - i) La práctica del boxeo, alpinismo, puenting, deportes náuticos y otros de similar riesgo.
 - j) Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones:
Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías; Manejo de explosivos.
 - k) Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
 - l) Salvo para la cobertura de fallecimiento, según lo dispuesto en el Art. 2º A.2 de estas Condiciones Generales, el infarto de miocardio no tendrá la consideración de accidente a efectos de este contrato, así como tampoco aquellos hechos que, aún siendo reconocidos como accidente por la Autoridad Laboral a efectos de prestación de la Seguridad Social, no se encuentren incluidos en la definición de accidente de estas Condiciones Generales.
 - m) Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor; Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, salvo terrorismo, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.
 - n) Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser o ultravioletas, generados artificialmente.
 - o) Los accidentes de aviación, excepto lo indicado en el Art. 2º, punto 3, letra j.

Artº. 4º. RIESGOS, DERIVADOS DE ACCIDENTE, EN NINGÚN CASO DE ENFERMEDAD, QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios .

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de

conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

CAPÍTULO II

Siniestros

Artº. 5º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

En caso de siniestro que afecte a alguna de las coberturas contratadas, se establecen las siguientes normas específicas:

A. Documentación que debe presentar:

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

1. En caso de Muerte:

- Certificado literal de defunción, por el Registro Civil.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se le ha practicado, o documentos que acrediten la Muerte por accidente.
- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones debidamente cumplimentado por Hacienda.
- Si existe designación expresa de Beneficiario: el Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades y copia del último Testamento.
- Si no existe designación expresa de Beneficiario, los documentos citados en el párrafo anterior y a falta de éstos, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

2. En caso de Incapacidad Permanente:

- Certificado médico oficial, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión del tipo de Incapacidad resultante del accidente.
- Diligencias judiciales o documentos que acrediten la Incapacidad Permanente por accidente.
- Si procede, carta de pago o exención del Impuesto sobre Donaciones, debidamente cumplimentado por Hacienda.

3. En caso de Invalidez Temporal:

- Parte de Baja y Alta que determine el motivo, causa y consecuencias de la Incapacidad.
- En caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, el parte de Baja y Alta se sustituye por el certificado del médico que le atiende.

4. En caso de Asistencia Sanitaria:

- Justificante y facturas de los gastos producidos.
- Parte de primera asistencia y/o ingreso hospitalario.
- Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- Factura de los gastos de prótesis.

5. En caso de Hospitalización y Convalecencia:

- Partes de ingreso y Alta hospitalarias.
- Certificado médico donde conste motivo, causa y consecuencias del accidente.

6. En todos los supuestos:

- Declaración de siniestro.
- Documentos que acrediten la personalidad y condición de Beneficiario.

B. Determinación de la indemnización:

La determinación del grado de Incapacidad que se derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de Incapacidad Permanente. El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que se deriva del certificado médico y del baremo que se fija en el Artículo 2º de las presentes Condiciones Generales.

En caso de desacuerdo respecto al grado de incapacidad entre el Asegurador y el Tomador y/o el Asegurado se someterán a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos.

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

Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que se especificarán las causas del siniestro y el grado de incapacidad.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y de no acreditar ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

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

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por

haber mantenido una valoración de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

C. Pago de la indemnización:

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará la prestación garantizada:

1. En el plazo de cinco días para el caso de producirse la muerte o quedar determinada la incapacidad permanente, según lo establecido en este mismo artículo, en sus apartados anteriores.

2. En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.
3. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días antes estipulados, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés del dinero vigente en el momento del devengo e incrementado en el 50 por ciento. A partir de los dos años desde la ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

CAPÍTULO III

Administración de la Póliza

Artº. 6º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro o del Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador, queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a

las veinticuatro horas del día en que el Tomador o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Artº. 7º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación.

En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

Artº. 8º. PRIMAS REGULARIZABLES

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos. Si las inspecciones han sido motivadas por el incumplimiento del deber establecido en

el artículo 8.1. de este capítulo, el Asegurador podrá exigir el pago de los gastos causados por dichas inspecciones.

4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del apartado 8.1 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:

a) **Si dicha omisión o inexactitud es motivada por**

mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

CAPÍTULO IV

Cuestiones Fundamentales

Artº. 9º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGUROS

Apartado I: Documentación y formalización del contrato de seguro

A) La **póliza** reúne , en un solo documento, las **Condiciones Particulares** del Contrato de Seguro, que fijan los **datos propios e individuales** del contrato, **determinan su objeto y alcance** y recogen las **cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley**; y las **Condiciones Generales** del Contrato de Seguro, que tratan de los **derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato**.

Además pueden existir los **Suplementos**, que son **modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario**.

B) Bases del contrato:

Las declaraciones formuladas por cada Asegurado, de acuerdo con la Solicitud de seguro o el Boletín de Adhesión (que contendrá las declaraciones de salud, así como el reconocimiento médico, si procede) debidamente cumplimentado, junto con la póliza, constituyen un todo unitario base del seguro.

El Asegurado quedará exonerado de efectuar las declaraciones a las que se refiere el párrafo anterior, si no se le presenta Boletín de Adhesión o Solicitud de seguro, o cuando, aún presentándose, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Si el contenido de la póliza o del Certificado Individual difiere del Boletín de Adhesión o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza o, en su caso, del Certificado Individual a fin de que se subsanen las posibles divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en los documentos citados anteriormente.

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

prima.

C) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima y firmar la póliza.

Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor, y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

D) El Tomador y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador la suscripción de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona.

CONSULTA DE LA LEY: ARTS: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 14º, 15º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 100º y 101º.

Apartado II: Duración del contrato de seguro

A) **Entrada en vigor:**

El seguro se inicia en el día y la hora indicados en las Condiciones Particulares, si en aquel momento se halla firmada la póliza por ambas partes contratantes y el primer recibo de prima satisfecho.

En caso contrario, dicho inicio se traslada a las veinticuatro horas del día en que se produzca el cumplimiento de las dos condiciones indicadas en el párrafo anterior.

B) **Duración del contrato:**

La duración del contrato se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento se prorroga por períodos no superiores a un año, si así se especifica en las mismas.

El Tomador del Seguro y el Asegurador podrán oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita con DOS MESES de antelación a la conclusión del período de seguro.

C) **Subrogación:**

Con relación a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia sanitaria, el Asegurador podrá ejercitar con gastos a su cargo los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente. El Asegurador no podrá ejercer estos derechos contra el Asegurado.

El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y a otorgar al Asegurador los oportunos

poderes, y será responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causarle en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a terceros responsables, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

D) Extinción del contrato:

Si durante la vigencia del contrato se produjera la desaparición del riesgo asegurado, el contrato quedará extinguido, teniendo derecho el Asegurador a hacer suya la prima no consumida.

E) Nulidad del contrato:

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

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º

Apartado III: Modificación del contrato de seguro

A) Agravación del riesgo asegurado:

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro o el Asegurado.
2. El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.
3. El Asegurador podrá, además de lo previsto anteriormente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hubieran efectuado su declaración y sobreviniese un siniestro, el Asegurador quedaría liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado hubieran actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

B) Disminución del riesgo asegurado:

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro o el Asegurado.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la

prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 10º, 11º, 12º, 13º

Apartado IV: Actuación en caso de siniestro

A) Comunicación del Siniestro:

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en Condiciones Particulares un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

B) Deber de aminorar las consecuencias del siniestro:

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

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 88º, 100º, 102º, 103º, 104º

Apartado V: Otras cuestiones de interés

A) Principio de buena fe:

La Ley prevé diversas situaciones que cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas, cuando se ocultan datos, cuando no se coopera en las tareas de aminorar las consecuencias del siniestro y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

B) Comunicaciones entre las partes:

1. Directamente o a través de agente de seguros:

Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del Seguro o por el Asegurado, se realizarán en

el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza, en sus oficinas centrales, sucursales y oficinas comerciales, o, en su caso, en el domicilio del Agente de seguros.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado por escrito al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de seguros que medie en el Contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al referido Agente de seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

2. Con mediación de corredor de seguros: Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros privado al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador.

C) Prescripción de acciones:

Las acciones que deriven del contrato de seguro, prescribirán en el término de cinco años a contar desde el día en que las mismas puedan ejercitarse.

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las **consultas y aclaraciones** que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su **emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión** del contrato se realizarán, de **forma verbal o escrita**, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El **Mediador de Seguros, Crego Fernández Angel** teléfono 987261022, e-mail crego.fernandez.pa@allianz.es, su web www.agenteallianz.com/crego_fernandez, o dirección postal C/ Santa Ana 65 Bajo, 24006 León.

2. El **Centro de Atención Telefónica** de la Compañía **902 300 186, de 8'15 a 20 h, de lunes a viernes laborables** o a través de su web www.allianz.es.

E) Planteamiento de quejas y reclamaciones sobre el contrato:

Para el planteamiento de **quejas y reclamaciones**, al objeto de que la **Compañía modifique alguna de sus decisiones relativas a esta póliza o a sus siniestros**, el **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán dirigirse, por orden riguroso y sucesivo, nunca simultáneo o alternativo**, a:

1. El **Departamento de Atención al Cliente** de la Compañía, grupo ALLIANZ SEGUROS, **Apartado de Correos nº 38 08080 BARCELONA** o a su dirección de correo electrónico dac@allianz.es o a su fax **93 228 85 53** o su web www.allianz.es pudiéndose usar también, al mismo fin, cualquier oficina de la Compañía abierta al público. La **documentación y alegaciones** deberán aportarse por **escrito, en papel o formato electrónico duradero**.
El escrito, **debidamente fechado y firmado**, contendrá como **mínimo la identificación completa** del reclamante y una **precisa descripción** de los motivos de queja o reclamación, la **especificación del departamento** de la Compañía cuya actuación es objeto de la queja o reclamación y la **clara determinación** de lo que **se pide a la Compañía que resuelva**.
El reclamante **podrá adjuntar la documentación escrita** que estime conveniente.
2. El **Comisionado para la defensa del Asegurado y Participe en Planes de Pensiones**, también **por escrito y sólo** cuando el reclamante **no esté de acuerdo con la decisión que haya tomado previamente el Departamento de Atención al Cliente de la Compañía**, en relación a su queja o reclamación o **hayan transcurrido dos meses** desde la presentación de la misma **sin respuesta de la Compañía**.

F) Litigios sobre el contrato.

Será **competente el Juez del domicilio del Asegurado** de acuerdo con la Ley Orgánica 6/85, del Poder Judicial y la Legislación civil, mercantil y procesal aplicable.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 4º, 10º, 11º, 12º, 15º, 16º, 17º, 19º, 21º, 23º, 24º, 101º y 102º LCS y Orden ECO/734/2004.

CLÁUSULA FINAL

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. tiene integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros automatizados de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación todo ello con los límites previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación.

Salvo indicación en contra, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía para la realización de análisis sobre el riesgo o de tipo estadístico de siniestralidad o de prevención del fraude, así como la cesión a aquellas entidades con las que la sociedad o su grupo establezca vínculos de colaboración en los supuestos de coaseguro, reaseguro y compañías de asistencia o servicios señalados en la póliza y con el fin de garantizar una mejor calidad de servicio, además de la cesión a aquellos ficheros del sector asegurador creados con fines estadístico actuariales y de prevención del fraude.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El Tomador del Seguro y el Asegurado reconocen haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro Accidentes Colectivo, que consta de 9 artículos, en 17 páginas y aceptan las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declaran expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en León a 29 Octubre 2007.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
A.M.P.A. LUIS VIVES

Aceptamos el contrato en todos
sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

