



Condiciones generales

ACCIDENTES GLOBAL



Aseguradores Agrupados S.A. de Seguros
C/ Tte. Gral. Gómez Zamalloa 2-4 1º Izda.
C.P. 15005 La Coruña Tel: 981175296 Fax: 981290250

Índice

1. ¿Cómo se regula este contrato?	3
2. ¿Qué se entiende por?	3
3. ¿Qué accidentes quedan garantizados?	4
4. ¿Qué garantías pueden contratarse?	4
5. ¿Cuál es el ámbito territorial de aplicación de las garantías?	5
6. ¿Qué queda excluido de las garantías y coberturas de la Póliza?	5
7. ¿Qué personas no son asegurables?	6
8. ¿Cuál es el alcance de los riesgos cubiertos?	6
9. Compatibilidad de las garantías contratadas	13
10. Designación de Beneficiarios	13
11. ¿Cómo se perfecciona, cuándo entra en vigor y cuánto dura el contrato?	13
12. ¿De qué se tiene que informar al Asegurador?	14
13. ¿Qué hay que saber respecto a la prima de Seguro?	15
14. ¿Cómo se cancela el contrato?	15
15. ¿Qué hacer en caso de siniestro?	15
16. ¿Cuándo, cómo se abona la indemnización?	17
17. Anticipo del capital pagadero por Muerte	17
18. ¿Puede liberarse el Asegurador de pagar la indemnización?	17
19. ¿Cómo se rehúsa un siniestro?	17
20. ¿Existe subrogación de derechos en favor del Asegurador?	17
21. ¿Cuál es la compatibilidad con otros seguros?	17
22. ¿Cuándo prescriben las acciones derivadas de este contrato?	18
23. ¿Cuál es la competencia jurisdiccional de este contrato?	18
24. ¿Cómo se comunican las partes intervinientes en el contrato?	18
25. Resolución de Quejas y Reclamaciones	18
26. Adaptación automática de capitales y primas	19
27. Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	19
28. Resumen de las Normas	19

29. Procedimiento de actuación en caso de siniestro	20
30. Garantía Complementaria de Asistencia en Viaje. Condiciones Especiales	20
31. Normativa legal de ordenación y supervisión	24
32. Resolución de quejas y reclamaciones	24
33. Protección de datos	24
34. Firma y Recepción	25

1. ¿CÓMO SE REGULA ESTE CONTRATO?

Por las Leyes vigentes, de las que cabe destacar porque afectan directamente a las garantías de la póliza:

- La Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/80, de 8 de octubre).
- La Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Ley 30/1995, de 8 de noviembre) y demás legislación vigente en materia de seguros.

Por la póliza de seguro, de la que forman parte:

- Las presentes Condiciones Generales.
- Las Condiciones Particulares y Especiales que personalizan y adecúan la póliza a lo acordado con el Tomador.
- Los Suplementos, que son las modificaciones que pueden producirse en el contrato con posterioridad a su celebración.

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR?

DEFINICIONES GENERALES:

En este contrato se entiende por:

ACCIDENTE

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

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

El accidente ocurrido cuando el Asegurado:

- a) Actúe como peatón y el accidente sea causado por un vehículo.
- b) Viaje como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- c) Actúe como usuario de medios públicos de transporte marítimo o aéreo y vuelos chárter.

RECIBO

El documento justificativo del pago del seguro, donde se recoge el importe resultante de la Prima más los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

ASEGURADO

La persona sobre la que se establece el seguro y que figura designada nominativamente en las Condiciones Particulares.

ASEGURADOR

La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En el presente Contrato **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. DE SEGUROS**.

BENEFICIARIO

La persona, física o jurídica, a quien corresponde percibir las indemnizaciones previstas en el contrato. Salvo indicación expresa en las Condiciones Particulares, excepto para el caso de Muerte en el que el Beneficiario será el indicado en las Condiciones Particulares, se considerará Beneficiario al Asegurado.

ENFERMEDAD

La alteración o perturbación del estado de salud derivado de una causa patológica, diagnosticada y confirmada por un médico habilitado legalmente para ejercer la medicina.

FRANQUICIA

Será:

- a) La cantidad previamente pactada cuyo importe se deducirá de la indemnización que corresponda en cada accidente.
- b) El porcentaje de invalidez permanente por el que el Asegurador no debe indemnización alguna.
- c) El número de días de invalidez Temporal durante los que el Asegurador no liquidará indemnización diaria.

PLAZO DE CARENCIA

Es el tiempo en el que, vigente el seguro, si se produce un siniestro no será indemnizado.

PRIMA

El precio del seguro. En el recibo se comprenderán, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

SINIESTRO

El hecho cuyas consecuencias económicas dañosas estén cubiertas por la Póliza. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituyen un solo siniestro.

SUMA ASEGURADA

La cantidad establecida para cada una de las garantías y que representa el límite máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro que le afecte.

TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que suscribe el contrato con el Asegurador y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

3. ¿QUÉ ACCIDENTES QUEDAN GARANTIZADOS?

Por este contrato y según se pacte en las Condiciones Particulares pueden quedar garantizados los accidentes ocurridos durante:

- a) La actividad profesional, es decir durante el ejercicio de la actividad profesional declarada e indicada en las Condiciones Particulares, incluidos los desplazamientos in itinere.
- b) La actividad extra profesional, incluidas las actividades sociales no remuneradas y la práctica, como aficionado, de deportes no expresamente excluidos.
- c) El uso como conductor o pasajero de vehículos terrestres a motor, medios públicos de transporte terrestres y marítimos, embarcaciones, bicicletas y animales, incluidos los accidentes ocurridos al ascender y descender del medio utilizado.
- d) El uso como pasajero de aeronaves, autorizadas para el transporte público de 10 ó más pasajeros, en línea regular o vuelo «chárter», incluidos los accidentes ocurridos al ascender a la aeronave o al descender de ella.

Previo pacto expreso en las Condiciones Particulares y reducción de la prima correspondiente, el seguro podrá delimitar sus efectos a los accidentes ocurridos en alguna de las circunstancias anteriores, o por el contrario, mediante sobreprima, garantizar alguna de las actividades deportivas de carácter peligroso que necesiten un pacto expreso para su aseguramiento.

Se consideran también accidentes:

- a) La asfixia a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- b) Las infecciones derivadas de un accidente.
- c) Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa o salvamento de personas o bienes.
- d) Las lesiones a muerte consecuentes de un rayo.
- e) Las lesiones que son consecuencia de una intervención quirúrgica o de un tratamiento médico consecutivo con un accidente cubierto por la Póliza.

4. ¿QUÉ GARANTÍAS PUEDEN CONTRATARSE?

Siempre que la cobertura se halle expresamente pactada en las Condiciones Particulares, con asignación de capital en su caso o indicación de haber sido contratada, se pueden contratar:

BLOQUE BÁSICO

- | |
|--|
| 1. MUERTE POR ACCIDENTE. |
| 2. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA y/o PARCIAL. |
| a) CON BAREMO NORMAL. |
| b) CON BAREMO PROGRESIVO. |
| 3. COMPLEMENTOS: |
| a) CAPITAL ADICIONAL POR MUERTE EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN. |
| b) MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO. |
| c) CAPITAL ADICIONAL POR INVALIDEZ PROFESIONAL. |
| d) CAPITAL ADICIONAL POR GRAN INVALIDEZ. |

BLOQUE COMPLEMENTARIO

- | |
|--|
| 1. INCAPACIDAD TEMPORAL. |
| a) POR ACCIDENTE (pagadera desde el día 1º, 8º, 15 o 31º). |
| b) POR ENFERMEDAD (pagadera desde el día 8º, 15 o 31º). |
| 2. REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS MEDICOS. |
| 3. HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE. |

5. ¿CUÁL ES EL ÁMBITO TERRITORIAL DE APLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS?

Cualquier país del mundo, a excepción de:

- a) **Incapacidad Temporal: Sólo España.**
- b) **Reembolso de Gastos por Servicios Médicos: En el extranjero, el capital quedará limitado al capital indicado para esta garantía en las Condiciones Particulares.**

6. ¿QUÉ QUEDA EXCLUIDO DE LAS GARANTÍAS Y COBERTURAS DE LA PÓLIZA?

Salvo para la Garantía de Incapacidad Temporal por enfermedad en la que se estará a lo allí dispuesto, quedan excluidas:

- a) **Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.**
- b) **Los accidentes sobrevenidos en actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado, o en apuestas y desafíos, o por riñas y actos notoriamente peligrosos cometidos por el Asegurado, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.**
- c) **Los daños que pueda sufrir el Asegurado con ocasión de guerra civil o internacional.**

Hechos y actuaciones de las Fuerzas de Seguridad del Estado o Autonómicas en tiempos de paz, rebelión, sedición, motín o tumulto popular, erupciones volcánicas, inundaciones y demás causas de naturaleza extraordinaria cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros.

- d) **Las lesiones provocadas por sustancias radiactivas o nucleares.**
- e) **Las hernias, lumbagos, ciáticas, algias, esfuerzos y desgarros musculares que no tengan origen traumático.**
- f) **Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes. A los efectos de esta póliza se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcoholemia sea superior a 0,5 gramos por litro, salvo que por Ley se establezca una cantidad menor en la circunstancia en que se encuentre el Asegurado o éste sea sancionado o condenado por esta causa.**
- g) **Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.**
- h) **Las consecuencias de operaciones quirúrgicas y tratamientos médicos.**
- i) **Las enfermedades infecciosas y las producidas por picaduras de insectos.**
- j) **Las enfermedades y/o lesiones de cualquier naturaleza derivadas de infarto de miocardio, angina de pecho, paradas cardíacas, aneurismas, accidentes cerebrales vasculares, epilepsia, diabetes melitus cuya tasa de glucosa sea superior a 200 mg. por decilitro, pérdidas de conocimiento o de las facultades mentales, SIDA y/o enfermedades de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y cualquier otra enfermedad, incluso profesional, o lesión aunque todas o cada una de ellas sean consideradas como accidentes por la Seguridad Social, Juzgados de lo Social u otros Organismos Oficiales que los sustituyan. No obstante en lo que se refiere al infarto de miocardio, se estará a lo dispuesto en lo que se indica en estas Condiciones Generales cuando se contrate y delimite al capital indicado específicamente en las Condiciones Particulares.**
- k) **Las consecuencias de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque se manifiesten durante su vigencia.**
- l) **La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea.**
- m) **Los daños derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.**

- n) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u organismos similares.
- o) La práctica como aficionado no federado de los siguientes deportes, salvo inclusión expresa en las Condiciones Particulares: Carreras y concursos de equitación, polo, rugby, esquí en competición, escalada, travesía de glaciares y paso de montaña con cordada, espeleología, inmersión submarina con aparatos de ayuda respiratoria, deportes aéreos, lucha, boxeo, artes marciales, puenting, goming, boulder, rafting, rapel y rápidos, carreras de velocidad, regularidad o resistencia utilizando cualquier tipo de vehículo autopulsado.

7. ¿QUÉ PERSONAS NO SON ASEGURABLES?

- a) Las personas afectadas por alguna lesión, enfermedad crónica o minusvalía física, psíquica o sensorial no aceptada expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares.
- b) Las personas menores de 14 años para la garantía de muerte.
- c) Las personas que tengan 65 años en el momento de la contratación de la póliza, aunque el Asegurador podrá aceptar la prórroga anual de los contratos existentes para las garantías de Muerte e Invalidez Permanente hasta cumplir el Asegurado la edad de 70 años.

El cumplimiento de la edad establecida determinará la rescisión del contrato al término de la anualidad en que se cumplan los años.

- d) Las personas de más de 55 años en el momento de la contratación, para la garantía de MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO.

Asimismo las personas de más de 55 años que suscriban la garantía de Incapacidad Temporal por Enfermedad, salvo pacto en contrario determinado en las Condiciones Particulares.

- e) Las personas que no hayan dado su consentimiento por escrito, en el caso de ser el Tomador del Seguro y el Asegurado personas distintas, salvo que se pueda presumir de otra forma su interés por el seguro.
- f) Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad profesional o laboral.
- g) Las personas aquejadas de ceguera o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), sordera completa, parálisis, osteoporosis, arterioesclerosis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, toxicomanías y las que hayan sufrido ataques de apoplejía.

8. ¿CUÁL ES EL ALCANCE DE LOS RIESGOS CUBIERTOS?

BLOQUE BÁSICO

MUERTE POR ACCIDENTE

Cuando se produzca la muerte del Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto, producida de forma inmediata o en el plazo de dos años desde la fecha del accidente por la evolución de las lesiones sufridas, se abonará a los Beneficiarios designados, el Capital indicado en las Condiciones Particulares.

En el caso de que en un mismo accidente falleciesen ambos cónyuges, dejando como Beneficiarios del seguro hijos menores de 18 años, el Capital correspondiente a cada uno de ellos se verá incrementado en un Capital igual al que le corresponda, **con un límite de 30.000,00 €**, por hijo, siempre y cuando estén vivos en el momento de producirse el pago de la indemnización. El resto de Beneficiarios mantendrán el importe de la indemnización a percibir.

Cuando se produzca la muerte del Asegurado con posterioridad al haber hecho efectiva el Asegurador una indemnización por Invalidez Permanente, éste deberá únicamente abonar la diferencia entre la misma y el Capital Asegurado para muerte si éste fuese superior.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA O PARCIAL

Cuando como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, se produzca la invalidez permanente absoluta o parcial del Asegurado, de forma inmediata o dentro del plazo de los dos años siguientes a la ocurrencia del accidente, como consecuencia de las pérdidas anatómicas y funcionales definitivas e irreversibles consecutivas del traumatismo sufrido, se indemnizarán al Asegurado las mismas de acuerdo con las siguientes normas:

Invalidez Permanente Absoluta: Según se indique en las Condiciones Particulares por el Baremo elegido, se pagará el 100%, el 225% ó el 350% del capital cuando el Asegurado sufra:

- Enajenación mental completa e incurable o
- Ceguera de ambos ojos, total e incurable o
- Sordera de ambos oídos, total e incurable, sin posibilidad de prótesis o
- La pérdida anatómica de ambas manos o de ambos pies, o la pérdida de una mano y un pie como consecuencia del mismo accidente o
- Apoplejía, hemiplejía, paraplejía y cuadriplejía o
- Cualquier otra lesión consecutiva del traumatismo que determine incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, con independencia de la profesión del Asegurado.

Invalidez Permanente Parcial: Tomando como capital base el indicado para la Invalidez Permanente Absoluta se indemnizará al Asegurado de acuerdo con el siguiente Baremo Básico:

Órgano o miembro afectado	% de Indemnización del Capital Asegurado	
	Derecho	Izquierdo
Pérdida total del movimiento del hombro	30%	20%
Pérdida total del movimiento de un codo	20%	15%
Pérdida total del movimiento de una muñeca	20%	15%
Amputación de un brazo desde la articulación del humero	70%	60%
Amputación de un brazo a nivel del codo o por encima de este	65%	55%
Amputación de un brazo por debajo del codo	60%	50%
Amputación de una mano a nivel de la muñeca o por debajo de esta	55%	45%
Amputación del pulgar y del índice	40%	30%
Amputación de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25%	20%
Amputación de tres dedos incluido el pulgar o el índice	35%	30%
Amputación del pulgar y otro dedo que no sea el índice	30%	25%
Amputación del índice y otro dedo que no sea el pulgar	25%	20%
Amputación del pulgar solo	22%	18%
Amputación del índice solo	15%	12%
Amputación del medio, el anular o el meñique	10%	8%
Amputación de dos dedos entre el medio, el anular o el meñique	15%	12%
Pérdida total del movimiento de una cadera	20%	
Amputación de la pierna por encima de la rodilla	60%	
Amputación de la pierna conservando la articulación de la rodilla	55%	
Amputación de un pie	50%	
Amputación parcial de un pie conservando el talón	20%	
Amputación de un dedo gordo	10%	
Amputación de cualquier otro dedo del pie	5%	
Acortamiento de un miembro inferior 5 cm. ó mas	5%	
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40%	
Fractura no consolidada de una rótula	20%	
Pérdida total del movimiento de la rodilla	20%	
Pérdida total del movimiento de un tobillo	15%	
Epilepsia en grado máximo	60%	
Pérdida de un ojo o de su visión, si se ha perdido con anterioridad el otro	70%	
Pérdida de un ojo conservando el otro, disminución a la mitad de la visión	30%	
Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad	30%	
Sordera total de un oído	10%	
Pérdida total del gusto o del olfato	5%	
Pérdida total de la fonación	25%	
Ablación de la mandíbula inferior	30%	
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%	
Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves en la columna	3% por cada vértebra afectada con un máximo del 20%	
Pérdida de un pulmón o reducción a la mitad de la capacidad pulmonar	20%	

NORMAS PARA LA APLICACIÓN DEL BAREMO

- I. La indemnización se fijará con total independencia de la edad y la profesión del Asegurado; en consecuencia, no pudiendo alegarse agravación de la invalidez en base a su edad y su profesión.
- II. Cuando existan lesiones invalidantes no previstas en la tabla precedente, el grado de invalidez se determinará por analogía con los porcentajes señalados para casos de similar gravedad.
- III. Cuando el Asegurado resulte con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será igual a la suma de los respectivos porcentajes, con el límite del capital fijado para la Invalidez Permanente Absoluta, teniendo en cuenta que la indemnización por pérdida parcial se calculará reduciendo proporcionalmente la que corresponde por pérdida total o funcional.
- IV. Si al ocurrir un accidente el Asegurado presentaba ya una pérdida anatómica o funcional, al fijar la indemnización se deducirá de ésta el valor que corresponda a aquélla de acuerdo con lo especificado en los apartados precedentes.
- V. Si el Asegurado fuese zurdo y así constase en las Condiciones Particulares, las indemnizaciones correspondientes a la mano derecha lo serían para la izquierda y viceversa.
- VI. El grado de invalidez, a los efectos de la indemnización definitiva, se establecerá por el Asegurador cuando el estado físico del Asegurado sea reconocido médicamente como definitivo y éste presente el correspondiente certificado médico de incapacidad. Si transcurridos dos años desde la fecha del accidente y no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar del Asegurador un nuevo plazo de hasta un año más, transcurrido el cual el Asegurador habrá de fijar la invalidez en función a la que se estime que será definitiva.
- VII. En el caso de que la Invalidez Permanente deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará el importe de la primera prótesis que se le practique al Asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para el caso de invalidez y **como máximo 1.800,00€**.

TABLA DE EQUIVALENCIAS DEL GRADO DE INVALIDEZ PARA BAREMO DEL 225 % y 350 %

Cuando se indique, en las Condiciones Particulares, la contratación de la Invalidez Permanente Absoluta con aplicación del Baremo progresivo del 225% ó 350 % , el porcentaje de indemnización fijado en el Baremo Básico se transformará en el que resulte de la siguiente tabla de equivalencias.

Grado de Invalidez	Baremo 225 %	Baremo 350 %
Del 1% al 25%	Sin variación	Sin variación
26%	27%	28%
27%	29%	31%
28%	31%	34%
29%	33%	37%
30%	35%	40%
31%	37%	43%
32%	39%	46%
33%	41%	49%
34%	43%	52%
35%	45%	55%
36%	47%	58%
37%	49%	61%
38%	51%	64%
39%	53%	67%
40%	55%	70%
41%	57%	73%
42%	59%	76%
43%	61%	79%
44%	63%	82%
45%	65%	85%
46%	67%	88%
47%	69%	91%

Grado de Invalidez	Baremo 225 %	Baremo 350 %
48%	71%	94%
49%	73%	97%
50%	75%	100%
51%	78%	105%
52%	81%	110%
53%	84%	115%
54%	87%	120%
55%	90%	125%
56%	93%	130%
57%	96%	135%
58%	99%	140%
59%	102%	145%
60%	105%	150%
61%	108%	155%
62%	111%	160%
63%	114%	165%
64%	117%	170%
65%	120%	175%
66%	123%	180%
67%	126%	185%
68%	129%	190%
69%	132%	195%
70%	135%	200%
71%	138%	205%
72%	141%	210%
73%	144%	215%
74%	147%	220%
75%	150%	225%
76%	153%	230%
77%	156%	235%
78%	159%	240%
79%	162%	245%
80%	165%	250%
81%	168%	255%
82%	171%	260%
83%	174%	265%
84%	177%	270%
85%	180%	275%
86%	183%	280%
87%	186%	285%
88%	189%	290%
89%	192%	295%
90%	195%	300%
91%	198%	305%
92%	201%	310%
93%	204%	315%
94%	207%	320%
95%	210%	325%
96%	213%	330%

Grado de Invalidez	Baremo 225 %	Baremo 350 %
97%	216%	335%
98%	219%	340%
99%	222%	345%
100%	225%	350%

La calificación de invalideces efectuadas por las Juntas de valoración en Accidentes de Trabajo, no tendrán aplicación a esta garantía, siendo únicamente válidas las indicadas en los apartados INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA e INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL.

COMPLEMENTOS

CAPITAL ADICIONAL POR MUERTE EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Cuando como consecuencia de un accidente de circulación, según la definición que de él se hace en esta póliza, se produzca la muerte del Asegurado, inmediatamente o en el plazo de 2 años desde la ocurrencia del accidente, se indemnizará a los Beneficiarios cuando esté indicada la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares el capital contratado para ella.

MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

En derogación de la exclusión indicada, cuando se produzca la muerte del Asegurado como consecuencia de infarto de miocardio en el plazo de 2 años desde la fecha de ocurrencia del episodio agudo, se indemnizará a los Beneficiarios cuando esté indicada la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares el capital delimitado para ella.

Se entiende por infarto de miocardio la obstrucción coronaria aguda producida por trombosis o embolia que sea la causa única e inmediata del fallecimiento.

No quedan aseguradas:

- **Personas que hubiesen padecido problemas cardiovasculares con anterioridad a la contratación del seguro.**
- **Personas de más de 55 años de edad.**

CAPITAL ADICIONAL POR INVALIDEZ PROFESIONAL

Cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado tenga derecho a percibir una indemnización como consecuencia de padecer una Invalidez Permanente Parcial que le inhabilite irreversiblemente para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión principal, indicada en las Condiciones Particulares, y con independencia de la indemnización que pudiera corresponder por la garantía de Invalidez Permanente Parcial, se indemnizará, cuando esté indicada la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares, el capital contratado para ella.

Esta indemnización se abonará una vez determinada la Indemnización correspondiente a la Invalidez Permanente parcial.

CAPITAL ADICIONAL POR GRAN INVALIDEZ

Cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente tenga derecho a una indemnización por Invalidez Permanente Absoluta y, además, se de la necesidad de que precisa la asistencia de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida, comer, vestirse, desplazarse o análogos, se indemnizará, cuando esté indicada la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares, el capital contratado para ella.

BLOQUE COMPLEMENTARIO

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

Cuando se indique su contratación en las Condiciones Particulares de la póliza, se garantiza el pago al Asegurado del capital diario estipulado en las mismas cuando, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado, habiendo precisado atención médica, quede incapacitado temporalmente para el ejercicio de su profesión o actividad declarada, siendo abonado desde la fecha en que se tenga derecho a percibir la indemnización:

- el **100%** de la indemnización diaria mientras permanezca imposibilitado **totalmente** para el ejercicio de su profesión, o en el caso de no ejercer profesión alguna mientras deba permanecer en su domicilio por prescripción facultativa.
- el **50%** de la indemnización diaria, siempre que pueda dedicarse a **una parte** de sus ocupaciones habituales, pese a seguir en tratamiento médico.

- y hasta recibir el alta médica extendida por médicos del Asegurador, por otros médicos o hasta que por propia voluntad del Asegurado se reintegre a sus actividades, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación, hecho que puede ser comprobado por colaboradores del Asegurador que así lo notificarán al Asegurado.

El derecho a percibir la indemnización comienza el día siguiente:

- **de la baja, siempre que el siniestro se haya comunicado al Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días previsto por el Art. 16 de la Ley 50/80 o**
- **de la expiración de la franquicia, cuando esta se contrate, en el caso de que el siniestro sea comunicado al Asegurador dentro de los días concertados como franquicia o**
- **al que el Asegurador haya recibido la declaración del siniestro, salvo caso de hospitalización o fuerza mayor.**

El derecho a percibir el pago de la indemnización finaliza:

- **el día en que reciba el alta según se ha indicado anteriormente o**
- **que transcurran 365 días desde la fecha del accidente o**
- **el día en que fallezca el Asegurado o**
- **el día en que se declare la Invalidez Permanente del Asegurado.**

La indemnización se pagará de una sola vez cuando finalice el derecho a su percepción.

Si el Asegurado, mientras estuviese percibiendo una indemnización por esta garantía, le sobreviniera un nuevo accidente, comenzarían a contar los plazos antes indicados para fijar el derecho a percibir la indemnización sólo a los efectos de ampliar el período de aplicación todas las exclusiones generales de la póliza, resaltando expresamente la exclusión para esta cobertura la referente a las hernias, lumbagos, ciáticas, algias, esfuerzos y desgarros musculares que no tengan origen traumático.

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD

Cuando se indique su contratación en las Condiciones Particulares de la póliza, se garantiza el pago al Asegurado del capital diario estipulado en las mismas cuando, como consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza, el Asegurado, habiendo precisado atención médica, quede incapacitado temporalmente para el ejercicio de su profesión o actividad declarada, siendo abonado desde la fecha en que se tenga derecho a percibir la indemnización:

- el **100%** de la indemnización diaria mientras permanezca imposibilitado **totalmente** para el ejercicio de su profesión, o en el caso de no ejercer profesión alguna mientras deba permanecer en su domicilio por prescripción facultativa.
- el **50%** de la indemnización diaria, siempre que pueda dedicarse a **una parte** de sus ocupaciones habituales, pese a seguir en tratamiento médico y hasta recibir el alta médica extendida por médicos del Asegurador, por otros médicos o hasta que por propia voluntad del Asegurado se reintegre a sus actividades, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación, hecho que puede ser comprobado por colaboradores del Asegurador que así lo notificarán al Asegurado.

El derecho a percibir la indemnización comienza el día siguiente:

de la expiración de la Franquicia, siempre que el siniestro se haya comunicado al Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días previsto por el Art. 16 de la Ley 50/80 o antes que finalicen los días concertados como Franquicia o al que el Asegurador haya recibido la declaración del siniestro, salvo caso de hospitalización o fuerza mayor.

El derecho a percibir el pago de la indemnización finaliza:

- **el día en que reciba el alta según se ha indicado anteriormente o**
- **que transcurran 365 días desde la fecha del inicio de la enfermedad**
- **el día en que fallezca el Asegurado o**
- **el día en que se declare la Invalidez Permanente del Asegurado.**

La indemnización se pagará de una sola vez cuando finalice el derecho a su percepción.

Si el Asegurado, mientras estuviese percibiendo una indemnización por esta garantía, le sobreviniera una nueva enfermedad, comenzarían a contar los plazos antes indicados para fijar el derecho a percibir la indemnización sólo a los efectos de

ampliar el período de indemnización, en su caso, ya que en ningún caso se acumulará el importe diario a percibir en el tiempo en que coexistan ambas situaciones.

Esta Garantía entra en vigor:

- de inmediato en caso de enfermedad infecciosa aguda.
- Una vez transcurrido el plazo de carencia que se establece en un mes a contar desde la fecha de inicio de la Póliza o del Suplemento en el que se incluya esta Garantía.

No quedan garantizados:

- Los partos, embarazos y sus complicaciones evolutivas.
- Las enfermedades constatadas médicamente con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza o del Suplemento en el que se incluya esta Garantía.
- Las epidemias declaradas oficialmente.
- Las enfermedades mentales, nerviosas, psíquicas, el alcoholismo y la drogadicción.
- Los procesos dolorosos de cualquier etiología que no den otra sintomatología comprobable.
- Las manifestaciones de la enfermedad por VIH y sus consecuencias.
- Las hernias, lumbagos y algias.

REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS MEDICOS

Cuando como consecuencia de un accidente garantizado por esta póliza, el Asegurado precise atención médica, farmacéutica y de hospitalización para su total restablecimiento, **durante el plazo máximo de un año**, el Asegurador asumirá el reembolso de los gastos derivados de la misma, **hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares**.

En esta garantía se incluyen:

- Los **gastos de carácter urgente** como consecuencia del traslado del Asegurado hasta el centro sanitario donde pueda recibir la primera atención médica.
- **Los honorarios médicos, los gastos por intervenciones quirúrgicas, los gastos de hospitalización y farmacéuticos.**
- Los **gastos de un acompañante**, debidamente justificados, siempre que el estado del Asegurado exija su hospitalización por un periodo superior a 72 horas, **con un límite diario de 30,00 € y por un periodo máximo, continuado e improrrogable, de 30 días**
- Los **gastos de transporte** por ambulancia o cualquier otro medio justificado por el estado del Asegurado, excepto aviones sanitarios, cuando el Asegurado pueda o solicite continuar el tratamiento en la localidad de su domicilio, si el accidente ocurrió en una distinta o, en otro caso, tenga que recibir asistencia en una población distinta a la de su residencia habitual, **con límite del 25% de la suma indicada para esta garantía en las Condiciones Particulares**.
- Los gastos consecuentes **a la cirugía estética facial** que sea necesaria para corregir las secuelas del accidente y **siempre que se realice dentro de los 2 años siguientes a la ocurrencia del mismo y con límite del 20% de la suma indicada para esta garantía en las Condiciones Particulares**.
- Los costes de la primera **prótesis auditiva, visual o dental** que precisase el Asegurado como consecuencia de accidente sufrido, **con el límite máximo del 20% de la suma indicada para esta garantía en las Condiciones Particulares y máximo de 600,00 €**.
- Los gastos de **búsqueda y salvamento** del Asegurado desaparecido o en peligro como consecuencia de un accidente garantizado, **con el límite del 10% de la suma indicada para esta garantía en las Condiciones Particulares**.

No queda incluido el reembolso de los gastos por los Servicios Médicos como consecuencia de infarto de miocardio, aun cuando la póliza incluya la garantía de MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO.

HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Cuando el Asegurado como consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente garantizado y sea internado en un centro de asistencia hospitalaria, público o privado, y **permanezca ingresado un mínimo de 24 horas**, tendrá derecho, cuando se contrate

esta garantía, a percibir el importe diario especificado en las Condiciones Particulares mientras dure el internamiento y **durante un periodo máximo de 90 días.**

9. COMPATIBILIDAD DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

La prestación por el Reembolso de Gastos por Servicios Médicos y las indemnizaciones por Hospitalización y por Invalidez Temporal son compatibles entre sí, y pueden causarse simultáneamente con las correspondientes a la Invalidez Permanente y/ o Muerte.

La prestación por Invalidez Profesional es compatible con la prestación por Invalidez Permanente Parcial en cualquiera de sus baremos.

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Serán Beneficiarios de la garantía de Muerte los que figuren como tales en las Condiciones Particulares de la póliza. Salvo indicación expresa en las mismas, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- a) El Tomador del seguro podrá designar Beneficiario, así como modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.
- b) La designación del Beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en testamento.
- c) Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.
- d) En caso de designación genérica de los hijos de una persona como Beneficiarios, se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.
- e) Si la designación se hace a favor de los herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona, se considerará como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- f) Si la designación se hace en favor de los herederos, sin mayor especificación, se considerará como tales los del Tomador del Seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- g) La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- h) Si la designación se hace en favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales.
- i) Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario.
- j) La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá la de los demás.
- k) El Tomador del seguro puede revocar la designación de Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

11. ¿CÓMO SE PERFECCIONA, CUÁNDO ENTRA EN VIGOR Y CUÁNTO DURA EL CONTRATO?

¿Cómo se perfecciona?

Este contrato se perfecciona por el consentimiento dado por las partes mediante la firma de la póliza.

¿Cuándo comienza?

Las garantías de este contrato entran en vigor una vez haya sido perfeccionado y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora indicado en las Condiciones Particulares.

¿Qué sucede si hay demora?

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones del Asegurador comienzan a las 00.00 horas del día siguiente en el que se haya producido el pago.

¿Cuánto dura la póliza?

La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares.

¿Puede prorrogarse la póliza?

A la finalización del mismo, salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado, automáticamente, por el plazo de otro año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad.

12. ¿DE QUÉ SE TIENE QUE INFORMAR AL ASEGURADOR?

¿De qué debo informar antes de suscribir el contrato?

El contrato se celebra sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro y que motivan la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato y la fijación de la prima correspondiente.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del seguro, así como la proposición que pueda formular el Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, forman un todo unitario, fundamento del seguro, que alcanza dentro de los límites pactados los riesgos en la misma especificados.

¿Qué hacer si hay diferencia entre la póliza y los acuerdos previos?

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, podrá efectuarse reclamación por parte del Tomador del seguro, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, para que sea subsanada la divergencia. Transcurrido este plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

¿De qué se tiene que informar?

Deberá declararse:

a) Antes de la suscripción del contrato:

- Todas las circunstancias conocidas por el Tomador del seguro que permitan valorar el riesgo al Asegurador, contestando muy especialmente, las preguntas del cuestionario que éste le presente.

Quedará exonerado el Tomador de este deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

b) Durante la vigencia del contrato, deberán declararse:

- Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido el Asegurador, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

En este caso al finalizar el período del seguro, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima en la proporción que corresponda.

- Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido en el momento del perfeccionamiento del contrato, el Asegurador hubiese optado por no garantizar el riesgo o lo hubiese hecho en condiciones más gravosas.

En este caso el Asegurador podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de 2 meses a partir de la declaración de la agravación. El Tomador del seguro tiene 15 días para aceptar o rechazar esta propuesta. En caso de rechazo o silencio podrá rescindir el Asegurador el contrato, dándole un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

También podrá optar el Asegurador por rescindir el contrato comunicándolo por escrito dentro del mes siguiente al conocimiento de la agravación, debiendo dar un plazo de 15 días a la toma de efecto de la rescisión.

Cualquier variación de las circunstancias del riesgo deberá ser comunicada por escrito tan pronto sea posible.

¿Debe indicarse si hay otros Aseguradores?

Deberá declarar el Tomador, el nombre de otros Aseguradores que por otro u otros contratos de seguro garanticen riesgos iguales a los cubiertos por esta póliza.

¿Qué ocurre en caso de reserva o inexactitud de las declaraciones o de agravación del riesgo?

Si antes de la ocurrencia de un siniestro no hubiesen sido declaradas, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en caso de conocer esta circunstancia si se actuó de buena fe. En el caso de que la actuación fuese de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la prestación.

13. ¿QUÉ HAY QUE SABER RESPECTO A LA PRIMA DE SEGURO?

¿Cuándo debe pagarse?

El pago de la primera prima se efectuará a la perfección del contrato, las sucesivas a sus respectivos vencimientos.

¿Dónde se paga?

El domicilio de pago será el del Tomador del seguro, si no se indica nada en contra.

¿Qué ocurre en caso de falta de pago?

Si por culpa del Tomador del seguro no se paga la primera prima, podrá darse por parte del Asegurador el contrato como nulo.

Si el recibo de prima no ha sido satisfecho antes de la ocurrencia de un siniestro, queda liberado el Asegurador de toda obligación.

¿Hay plazo para pagar la prima de las renovaciones tácitas anuales?

Para el pago de las primas de renovación se concede un plazo de gracia de un mes. **Finalizado el mismo, quedarán en suspenso las garantías del contrato hasta las 00.00 horas del día siguiente en el que sea hecha efectiva la prima.**

¿Cómo se reclama un recibo impagado?

El Asegurador podrá reclamar, dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, el pago del recibo, considerándose que, si esta reclamación no se ha producido, el contrato queda extinguido.

14. ¿CÓMO SE CANCELA EL CONTRATO?

En cada vencimiento anual

Comunicándolo a la otra parte mediante carta certificada, por lo menos con dos meses de antelación a la conclusión del período anual de seguro en curso.

Después de un siniestro y antes del vencimiento podrá cancelarse el contrato por parte del Tomador del seguro o Asegurado después de la ocurrencia de un siniestro haya dado o no lugar a indemnización.

Para que se pueda dar esta resolución anticipada la parte que decida resolver el contrato deberá comunicar a la otra por carta certificada en un plazo máximo de 30 días desde la fecha del siniestro si no da lugar a indemnización o de efectuada la prestación si hubiese lugar a ella. Esta comunicación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la resolución del contrato deba surtir efecto.

En caso de rescisión, con independencia de quien parta la petición, el Asegurador devolverá la parte de prima no consumida.

La rescisión así efectuada no exime a las partes de los derechos y obligaciones en relación a los siniestros declarados y a los ocurridos y pendientes de declaración.

15. ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

¿Cuándo y cómo debe declararse el siniestro?

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

En caso de incumplimiento de esta obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta o retraso de la notificación en ese plazo.

Especial importancia tiene la fecha en la que se declare un siniestro que afecte a la garantía de Incapacidad temporal, tanto por accidente como por enfermedad, y según se indica en la descripción de las garantías servirá de base para fijar el inicio del derecho a percibir la indemnización.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, pudiendo perderse el derecho a la indemnización en caso de violación de este deber, si concurre dolo o culpa grave.

Si existiese más de un Asegurador, la comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos con indicación del nombre de los demás.

El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta

la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa. Si este incumplimiento fuese con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados, serán de cuenta del Asegurador hasta el límite y por las garantías fijadas en el contrato; incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. Tal indemnización no podrá exceder de la suma asegurada.

¿Qué documentos son necesarios en caso de Muerte?

- a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las causas y circunstancias del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- d) Copia de la Liquidación parcial a cuenta o de la Autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, con nota estampada en el mismo acreditativa del ingreso efectuado o de la exención o no sujeción al tributo.
- e) Certificado del Registro de Actos de Última Voluntad, y si existiera testamento, certificación de albacea respecto a si en el mismo se designan Beneficiarios del seguro. En el caso de sucesión intestada, será necesario, además, la declaración judicial de herederos legales.

¿Qué documentos son necesarios en caso de Invalidez Permanente?

- a) Certificados médicos que aporte el Tomador del seguro o el Asegurado, especificando el comienzo, la causa, naturaleza y consecuencias de la misma.
- b) Certificación del INSERSO o del Organismo Público que en la Comunidad Autónoma haya asumido la competencia recogiendo el grado de minusvalía a los efectos de establecer la oportuna retención fiscal.

¿Cómo se determina el grado de Invalidez?

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad al Asegurador y basado en el Baremo. Este notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y del baremo pactado en la póliza.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo determinado en el artículo 38 y 104 de la Ley de Contrato de Seguro.

¿Cómo se justifica la Incapacidad Temporal? Normas de actuación

Tanto sea a consecuencia de accidente como de enfermedad, se justificarán por los oportunos certificados del médico o médicos que hayan tratado al Asegurado, especificando la causa, naturaleza y consecuencias de la misma.

En el momento de la baja se indicará la fecha en que esta ocurra y en el momento del alta también.

El Asegurador podrá visitar al Asegurado por medio de la persona designada al efecto para informarse, en cualquier momento de su estado de salud.

El Asegurador podrá dar por concluido el período de indemnización cuando se tendiera a la prolongación innecesaria de cualquier enfermedad o de las consecuencias de un accidente, a juicio del médico por él designado, o cuando el Asegurado reanude, aunque parcialmente, su actividad principal, independientemente de que el Asegurado no tenga el alta médica en función de otros seguros públicos o privados que tuviera contratados.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo determinado en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

¿Cómo se justifica el Reembolso de los Gastos por Servicios Médicos y la Hospitalización?

Los Gastos Médicos, y los días de Hospitalización sufridos, se justificarán mediante el recibo y la cuenta detallada de las prestaciones facultativas que hubiesen realizado los Centros Sanitarios.

Otra documentación

El Asegurador podrá solicitar, cuando lo estime necesario, la presentación del correspondiente certificado de nacimiento que acredite la edad del Asegurado, o de cualquier otro documento que razonablemente pueda servir para la determinación de la indemnización.

16. ¿CUÁNDO, CÓMO SE ABONA LA INDEMNIZACIÓN?

El Asegurador, previa recepción de los anteriores justificantes, incluidos los referentes al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones u otra legislación fiscal vigente y aplicable a la misma, en su caso, está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere cumplido su prestación o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días de la recepción de la declaración del siniestro, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue incrementado en un 50%. Estos intereses se considerarán producidos por días.

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

No habrá lugar a la indemnización por mora del Asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le sea imputable.

17. ANTICIPO DEL CAPITAL PAGADERO POR MUERTE.

Cuando exista un Beneficiario designado nominativamente, en el caso de fallecer el Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado, aquél podrá solicitar un anticipo de la indemnización a percibir de hasta 3.000,00 € siempre que el importe del mismo se destine a satisfacer gastos urgentes ocurridos como consecuencia del fallecimiento.

18. ¿PUEDE LIBERARSE EL ASEGURADOR DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN?

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumplimiento de sus obligaciones.

En el supuesto que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización en este caso corresponderá al Tomador del seguro, o en su caso a los herederos de éste.

19. ¿CÓMO SE REHUSA UN SINIESTRO?

Cuando el Asegurador decida rechazar un siniestro, con base en las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador del seguro y/o Asegurado, en un plazo de 10 días a contar desde que hubiese tenido conocimiento de la causa que fundamente el rechazo, expresando los motivos del mismo.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo el Asegurador podrá repetir del Asegurado las sumas satisfechas.

20. ¿EXISTE SUBROGACIÓN DE DERECHOS EN FAVOR DEL ASEGURADOR?

El Asegurador, en base a los pagos efectuados por el Reembolso de Gastos por Servicios Médicos, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado.

El Asegurado estará obligado, caso de ser necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho de subrogarse.

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

21. ¿CUÁL ES LA COMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS?

Las indemnizaciones causadas por este contrato serán compatibles con las que puedan corresponder a los propios asegurados o beneficiarios por razón del mismo accidente, con cargo a las garantías de cualquier otro seguro.

No obstante lo anterior, la prestación por el Reembolso de Gastos por Servicios Médicos no podrá ser reclamada si hubiese sido prestada por otro seguro.

El Asegurador, con base a los pagos que efectúe por esta prestación, se subroga en los derechos que puedan corresponder al Asegurado frente al responsable del accidente, pudiendo ejercitar tales derechos en nombre propio o en el del Asegurado, en cuyo caso éste viene obligado a otorgar los poderes necesarios a tal fin, por cuenta del Asegurador, todo ello de acuerdo a lo previsto en el artículo 43 de la Ley.

La vigencia de este contrato no quedará afectada por la existencia de seguros de Vida o Accidentes que el Tomador o el Asegurado hayan concertado o puedan suscribir en el futuro a su favor, salvo pacto en contrario.

22. ¿CUÁNDO PRESCRIBEN LAS ACCIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO?

En el plazo de CINCO años a partir de la fecha en que pudieron ejercitarse.

23. ¿CUÁL ES LA COMPETENCIA JURISDICCIONAL DE ESTE CONTRATO?

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, el del domicilio del Asegurado en España.

En cualquier caso, la Ley aplicable en las contiendas judiciales derivadas del mismo será la española, con exclusión de cualquiera otra por la que pudiera optarse por razón de la localización del riesgo o de la residencia habitual del Tomador o Asegurado.

24. ¿COMO SE COMUNICAN LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL CONTRATO?

Las comunicaciones, para tener eficacia contractual, deberán hacerse por escrito de forma fehaciente.

25. RESOLUCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

La resolución de las quejas y reclamaciones derivadas de la presente Póliza deberá realizarse de acuerdo con lo establecido en la Orden ECO/734/2004.

El Tomador/Asegurado podrá acudir en todo momento al Servicio de Atención al cliente de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, para plantear cualquier queja o reclamación relacionada con la presente Póliza. La presentación de escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, o ante el Servicio de Atención al Cliente de esta Aseguradora.

Las reclamaciones o quejas podrán realizarse también por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos. La utilización de estos medios deberá ajustarse a lo dispuesto en la Ley 59/2003, de 9 de diciembre de firma electrónica.

A estos efectos de presentación de quejas y reclamaciones, así como comunicaciones en relación con la tramitación de los expedientes que de estos se deriven, **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, pone a disposición de sus clientes la siguiente dirección de correo electrónico sac@asegagrupados.net

Asimismo "Aseguradores Agrupados S.A.," tiene a disposición de sus clientes, tanto en sus oficinas, como en su página Web www.asegagrupados.org, impreso para la formulación de quejas y reclamaciones. No obstante, la entidad admitirá las quejas y reclamaciones que reúnan los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Identificación del reclamante. En caso de servirse de representante deberá acreditar esta representación por cualquier medio admitido a derecho.
- b) Identificación de la póliza respecto a la que formula queja o reclamación.
- c) Causas que motivan la queja o reclamación, pudiendo aportar en su caso, copia de cuantos documentos avalen su posición.
- d) Identificación de la Delegación, departamento o agente, si su queja o reclamación trae causa de su actuación.
- e) Solicitud que formula al SAC.
- f) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- g) Lugar, fecha y firma.

ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros, deberá resolver la queja o reclamación presentada en un plazo máximo de dos meses a contar desde la recepción de la misma. En caso de no obtener respuesta de la Aseguradora en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por esta última, el Tomador/Asegurado podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Tomador/Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Servicio de Atención al Cliente de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**.

En cualquier caso, el Tomador/Asegurado podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o someter sus conflictos con **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, a los Jueces y Tribunales del domicilio del Asegurado indicado en la Póliza.

26. ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITAL Y PRIMAS

Cuando se indique en las Condiciones Particulares y exclusivamente para las siguientes garantías:

- a) MUERTE POR ACCIDENTE.
- b) INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA O PARCIAL.
- c) CAPITAL ADICIONAL POR MUERTE EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN.
- d) REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS MEDICOS.

Se conviene que los capitales asegurados quedarán revalorizados automáticamente en cada vencimiento anual aplicándoseles el incremento producido en el último año natural anterior en el ÍNDICE DE PRECIOS DE CONSUMO con el correspondiente reajuste de las primas en función del mismo.

El Tomador podrá renunciar a los beneficios de esta forma de aseguramiento en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por notificación escrita por lo menos con dos meses de antelación a dicho vencimiento. En tal caso, el resto de las Condiciones Generales y Particulares subsistirán sin variación.

27. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PERDIDAS 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, 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.

28. 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 tomados) 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.

29. 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.consorseguros.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: 902222665.

CONDICIONES ESPECIALES

30. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN VIAJE.

Tal y como se indica en las Condiciones Particulares, por la inclusión de esta Garantía Complementaria de ASISTENCIA EN VIAJE, el Asegurado tendrá derecho a las prestaciones de las coberturas, con los límites y en las condiciones, que a continuación se pactan:

¿Quién es el asegurado?

La persona física, residente en España, Asegurada de Accidentes por medio de este Contrato.

¿Cuál es el ámbito territorial de aplicación y duración?

El seguro tiene validez en el mundo entero, EXCEPTO EN ESPAÑA. Su duración va ligada a la del Seguro de Accidentes suscrito por medio de este Contrato.

¿Cuándo es válida esta Garantía?

Cuando el Asegurado tenga su domicilio en España y resida habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceda de los 60 días (SESENTA Días) por viaje o desplazamiento.

¿Qué coberturas se otorgan?

1. 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 le atienda al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes, el 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 requieran, 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.

2. Repatriación de acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía anterior (apartado 1) y esta circunstancia impida al resto de los familiares que viajaran con él, 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 familiares que acompañaban en su viaje al Asegurado, hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde este hospitalizado el Asegurado repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los familiares que se encontraban con el Asegurado, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

3. 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 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 precisaran proseguir su viaje.

4. Regreso anticipado del Asegurado por hospitalización de un familiar

En caso de que el Asegurado deba interrumpir el viaje por hospitalización en España del cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave que exija un internamiento mínimo de 5 días, el Asegurador se hará cargo del transporte al lugar de residencia habitual en España.

5. Regreso anticipado del Asegurado a causa de incendio o siniestro grave en su domicilio

Si durante el transcurso de un viaje en el extranjero, se produjera en el domicilio habitual del Asegurado un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el Asegurado precisara regresar al punto de partida, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

6. Billeto de ida y vuelta para un acompañante y gastos de hotel

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de los familiares del mismo un billete de ida y vuelta para que, la persona que ellos designen, pueda acudir a su lado.

Además, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia de un acompañante, en un hotel contra los justificantes oportunos, hasta 90,00 €/día y con un máximo de 900,00 €.

7. Traslado en ambulancia

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado, ocurrido en cualquier parte del mundo, excepto en España, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de ambulancia precisos para trasladar al Asegurado desde el lugar de ocurrencia del siniestro, hasta el centro médico más cercano que cuente con los medios idóneos para atender debidamente las lesiones sufridas.

8. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización

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

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero es de **15.000,00 €**.

9. Consulta médica a distancia

Si el Asegurado necesita consejos médicos a consecuencia de enfermedad o accidente durante su viaje en el extranjero, y le sea imposible obtenerlos en el lugar en que se encuentra, podrá recurrir al Asegurador, que a través de sus servicios médicos, le facilitará la información de carácter orientativo preciso. En ningún caso se establecerá diagnóstico médico y la información proporcionada debe ser considerada como un consejo.

10. Envío de un Médico Especialista

Cuando el Asegurado, enfermo o accidentado en el extranjero, presente un cuadro clínico muy grave que no le permita ser trasladado, y la asistencia médica que se le pueda prestar no sea la adecuada a su estado, el Asegurador gestionará el desplazamiento de un médico especialista al lugar donde se encuentre.

11. Gastos de Odontólogo

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos, en el extranjero, como infecciones, dolores o traumas que requieren un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 240,00 €.

12. Envío de medicamentos

El Asegurador se encarga del envío, a cualquier parte del mundo, de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, que no pueden encontrarse en donde éste se encuentre.

13. Gastos de prolongación de estancia en un hotel

Cuando sea de aplicación la garantía anterior 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 90,00 €/día y con un máximo de 900,00 €.

14. Repatriación de fallecidos y de los acompañantes

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

En el caso de que los familiares 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 del Asegurado fallecido fueran hijos menores de 15 años 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.

DELIMITACIONES DEL CONTRATO. EXCLUSIONES

- a) **Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.**
- b) **Los eventos producidos en España.**
- c) **Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas. Esta exclusión no será de aplicación para la garantía nº 14 "Repatriación de fallecidos y de los acompañantes".**
- d) **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.**
- e) **El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- f) **Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.**
- g) **Los eventos ocasionados en la práctica de deportes de competición así como de cualquier modalidad de deportes de invierno. Esta exclusión no será de aplicación para la garantía nº 14 "Repatriación de fallecidos y de los acompañantes".**
- h) **El rescate de personas en mar, desierto o montaña.**
- i) **Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10,00 €.**
- j) **En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.**

DISPOSICIONES ADICIONALES

Las Condiciones Generales de la póliza de Accidentes son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen. En las comunicaciones telefónicas solicitando la Asistencia de las garantías señaladas, deben indicar:

- Nombre del Asegurado.
- Número de póliza del Seguro de Accidentes.
- El lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono.
- 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 hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario donde se atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho al reembolso por parte del billete no consumido, al hacer uso de la garantía de repatriación o traslado a España, 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 los hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el Asegurado solicite la prestación de los servicios llamando al siguiente teléfono, desde cualquier lugar del mundo, excepto España, pudiéndolo hacer a cobro revertido:

34 91 344 11 55

SERVICIO PERMANENTE LAS 24 HORAS

31. NORMATIVA LEGAL DE ORDENACIÓN Y SUPERVISIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004 de, 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados se informa al tomador y Asegurado que el control de la actividad de ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, adscrita al Ministerio de Economía y Hacienda.

32. RESOLUCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

La resolución de las quejas y reclamaciones derivadas de la presente Póliza deberá realizarse de acuerdo con lo establecido en la Orden ECO/734/2004.

El TOMADOR DEL SEGURO/Asegurado podrá acudir en todo momento al Servicio de Atención al cliente de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, para plantear cualquier queja o reclamación relacionada con la presente Póliza. La presentación de escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros** o ante el Servicio de Atención al Cliente de esta Aseguradora.

Las reclamaciones o quejas podrán realizarse también por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos. La utilización de estos medios deberá ajustarse a lo dispuesto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre de firma electrónica.

A estos efectos de presentación de quejas y reclamaciones, así como comunicaciones en relación con la tramitación de los expedientes que de estos se deriven, **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, pone a disposición de sus clientes la siguiente dirección de correo electrónico sac@asegrup.net.

Asimismo "**ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**", tiene a disposición de sus clientes, tanto en sus oficinas como en su página Web, www.asegrup.net, impreso para la formulación de quejas y reclamaciones. No obstante, la entidad admitirá las quejas y reclamaciones que reúnan los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Identificación del reclamante. En caso de servirse de representante deberá acreditar esta representación por cualquier medio admitido a derecho.
- b) Identificación de la póliza respecto a la que formula queja o reclamación.
- c) Causas que motivan la queja o reclamación, pudiendo aportar en su caso, copia de cuantos documentos avalen su posición.
- d) Identificación de la Delegación, departamento o agente, si su queja o reclamación trae causa de su actuación.
- e) Solicitud que formula al SAC.
- f) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- g) Lugar, fecha y firma.

ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros, deberá resolver la queja o reclamación presentada en un plazo máximo de dos meses a contar desde la recepción de la misma. En caso de no obtener respuesta de la Aseguradora en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por esta última, el Tomador/Asegurado podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Tomador/Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Servicio de Atención al Cliente de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**. En cualquier caso, el Tomador/Asegurado podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o someter sus conflictos con **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. de Seguros**, a los Jueces y Tribunales del domicilio del Asegurado indicado en la Póliza.

33. PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que los datos recopilados en el presente documento sean incluidos en un fichero del que es titular **ASEGURADORES AGRUPADOS S.A.** y puedan ser utilizados con la finalidad de gestionar, desarrollar y controlar la relación de seguro establecida, así como los siniestros relacionados con la misma, y declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio social de **ASEGURADORES AGRUPADOS S.A.** en Calle Teniente General Gómez Zamalloa, 2 y 4 Piso 1º izq., A Coruña 15005 (A Coruña).

Asimismo, autorizo que mis datos sean cedidos a Entidades de Reaseguro o a Entidades partícipes en un coaseguro, con el fin de gestionar las relaciones que **ASEGURADORES AGRUPADOS S.A.** pueda tener con dichas entidades para cumplir con la finalidad indicada anteriormente; así como que dichos datos sean comunicados a Terceros, relacionados con el ámbito de los seguros privados, como consecuencia de la ejecución de la póliza y la gestión de siniestros ocurridos o eventos cubiertos.

Por otro lado, **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A.**, le informa que sus datos serán tratados con el fin de remitirle información sobre la Compañía, sus productos y servicios, o sobre eventos publicitarios; si no desea permitir el tratamiento de sus datos conforme a la finalidad indicada, deberá ponerlo en conocimiento de **ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A.** en su domicilio Social antes indicado, mediante una llamada al Servicio de Atención al Cliente en el teléfono **917701171** o mediante un correo electrónico a la dirección:

sac@asegrup.net

34. FIRMA Y RECEPCIÓN

El Tomador declara haber recibido un ejemplar de la presente póliza, y reconoce expresamente mediante su firma haber leído y entendido todas las Condiciones Generales, Particulares y en su caso Especiales, que conforman la misma, aceptándolas, así como las Sumas Aseguradas y las Cláusulas Limitativas de sus derechos que aparecen destacadas en letra negrita.

Como prueba de conformidad, el Tomador del Seguro, firma la presente Póliza en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

EL ASEGURADOR



**EL TOMADOR DEL SEGURO DEL SEGURO
Y/O ASEGURADO**

CONSEJERO DELEGADO

TELÉFONOS DE INTERÉS

En caso de siniestro

915 985 986

Información y consultas

917 701 171



Modelo: AC01.20120111 Ed. 03/2014