



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - FEDERACIONES

Suplemento Nº 2 de Renovación: 161423

CONDICIONES PARTICULARES

La información facilitada por el Tomador del Seguro en la Solicitud de Seguro y sus Anexos, constituyen la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones, incluyendo el cálculo de la prima y el motivo esencial por el que los Aseguradores celebran este contrato. Si al prestar dicha información, se hubiera incurrido en reserva o inexactitud, se quebraría el equilibrio contractual.

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

El Tomador del Seguro / Asegurado declara que de conformidad con el cuestionario facilitado por el Asegurador, ha declarado todas las circunstancias que puedan ser de relevancia para la valoración del riesgo asegurado a la fecha de la Solicitud de Seguro.

Los términos y cláusulas de las presentes Condiciones Particulares prevalecerán en todo caso sobre las de las Condiciones Generales y Especiales, en caso de contradicción o incompatibilidad entre unas y otras.

POR EL PRESENTE SUPLEMENTO, QUE FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA, CON FECHA 01 DE OCTUBRE DE 2016 Y HASTA VENCIMIENTO, SE ENTIENDE Y ACUERDA QUE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTE SEGURO QUEDAN REDACTADAS COMO SIGUE:

I. TOMADOR DEL SEGURO / ASEGURADO / BENEFICIARIO.-

TOMADOR DEL SEGURO : FEDERACION DE DEPORTES DE INVIERNO DEL PPDO DE ASTURIAS (FDIPA)

Domicilio : C/ Julián Clavería, 11
33006 Oviedo (Asturias)

C.I.F./ N.I.F. : Q8355001B

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





II. ACTIVIDAD.-

Estando el federado legalmente habilitado para su ejercicio, y en cumplimiento de los requisitos que para el ejercicio de esta actividad se exigen en cada momento.

Licencia A:

Esta licencia comprende las siguientes modalidades deportivas y otras disciplinas vinculadas con la Federación de Deportes de Invierno y Hielo:

Esquí, Esquí alpino, Esquí de fondo, Salto de esquí, Mono esquí, Esquí artístico, Snowboard, Esquí nórdico, Telemark, Biathlon, Ski-Joring, Canicross (sobre tierra Car y triciclo), Pulca escandinava, Mushing, Trineo con perros, Bikejoring.

Se establece expresamente que no queda incluida la modalidad de esquí extremo.

Licencia A1: Menores o igual a 14 años.

Licencia A2: Mayores a 14 años.

Licencia B:

Esta licencia comprende las siguientes modalidades deportivas, además de las incluidas en la tipo A: Esquí de travesía, Senderismo, Marchas, Raquetas de nieve, Bicicleta de montaña, Excursionismo y campamentos, Escalada, Barrancos, Alpinismo, Carreras de montaña, Espeleología, Iglús.

Quedan expresamente excluidas todas las actividades por encima de los 7.000 metros de altura.

III. CORREDOR DE SEGUROS.-

Confianc, Correduría de Seguros, S.A.

Domicilio Núñez de Balboa, 116. 3º 2 A
28006 Madrid

Teléfono 91 745 05 24

Fax 91 564 79 45

IV. ÁMBITO DE COBERTURA.-

Accidente deportivo.

La edad límite de cobertura para la garantía de Invalidez permanente por accidente será de 65 años.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





V. PERIODO DE SEGURO.-

Desde (Fecha de toma de efectos): 01 de octubre de 2016 a las 00.00 horas

Hasta (Fecha de Vencimiento): 30 de septiembre de 2017 a las 24.00 horas

Queda expresamente acordado que, a su vencimiento, el seguro quedará sujeto al régimen de prórroga tácita establecido en el artículo 22 de la Ley del Contrato de Seguro.

VI. COBERTURAS Y CAPITALS POR PERSONA.-

COBERTURAS

CAPITALES

Fallecimiento por accidente	6.010,12 €
Invalidez permanente parcial por accidente	12.020,24 €
Asistencia sanitaria por accidente ocurrido en España	Ilimitada en centros concertados
Asistencia sanitaria por accidente ocurrido en el Extranjero (reembolso de gastos)	6.010,12 €

El límite máximo de indemnización para todas las coberturas anteriormente relacionadas será de 300.000,00 € por siniestro y evento, cualquiera que fueran las coberturas afectadas. En ningún caso se indemnizará por un siniestro una cantidad superior a la anterior.

En el caso de un siniestro que supere dicho importe, este se repartirá proporcionalmente entre el número total de víctimas.

En ningún caso las prestaciones otorgadas por la Póliza vienen a asegurar mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social, por lo que al Contrato de Seguro no le será de aplicación lo dispuesto en el Art. N° 115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio.

En el caso de que las consecuencias derivadas de un accidente cubierto por el presente contrato se agravaran a causa de una enfermedad o dolencia preexistente o posteriores al mismo pero de distinto origen, el Asegurador quedará exclusivamente obligado por aquellas consecuencias directas, considerándose como tales las que normalmente experimentaría una persona que no adoleciera de tal enfermedad o no padeciera dicha dolencia.

Las coberturas arriba mencionadas no son acumulables.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





VII. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES A LA PÓLIZA.-

-Cláusula de Federaciones (según texto adjunto)

La Prima deberá ser pagada dentro de los 30 días siguientes al efecto del Contrato.

LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS DE LA PÓLIZA QUE NO HAYAN SIDO MODIFICADAS POR EL PRESENTE SUPLEMENTO (INCLUYENDO CUALQUIER TIPO DE ANEXO Y/O DOCUMENTO ADJUNTO), PERMANECEN SIN CAMBIO

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador.

Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/Titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no sea necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

El Tomador del Seguro/Asegurado declara haber recibido la oportuna información relativa a la Legislación aplicable al Contrato de Seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en estas mismas Condiciones Particulares.

Igualmente, y como acuerdo adicional a las presentes Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro/Asegurado, declara haber recibido las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, y que ha leído, estudiado y entendido el contenido y la extensión de todas aquellas, y, especialmente, de las que, debidamente resaltadas en negrita, pueden tener un alcance limitativo de sus derechos y que está conforme y acepta expresamente las mismas.

Para que quede constancia el Tomador de Seguro/Asegurado firma el documento.

En Madrid a 04 de octubre de 2016

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Cláusula de Federaciones

GRUPO ASEGURADO

Se considera Grupo Asegurado a los deportistas inscritos en la Federación tomadora de este seguro, con licencia federativa y/o acreditación en vigor y al corriente de pago, que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal y cuya inclusión figure en la relación en poder de la aseguradora

OBJETO DEL SEGURO

Estarán cubiertas las lesiones corporales de los accidentes que sean derivados de la práctica oficial deportiva de la federación tomadora de la póliza de seguros en los términos previstos por los artículos 100, 105 y 106 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y con arreglo a las prestaciones que se detallan en el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio.

En tal sentido, la póliza da cobertura a las lesiones derivadas de ACCIDENTE DEPORTIVO, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violento, súbito y externo durante la práctica deportiva no profesional, siempre y cuando estas se produzcan en instalaciones deportivas adecuadas para este deporte.

Están expresamente cubiertas las lesiones corporales de accidentes deportivos que se ocasionen en entrenamientos y competiciones oficiales organizadas por la Federación.

GARANTÍAS ASEGURADAS

Fallecimiento Accidental:

- Fallecimiento como consecuencia de accidente deportivo: 6.010,12 €.

En caso de menores de 14 años, la cantidad será de 3.005,06 €, en concepto de Gastos de Sepelio.

- Fallecimiento cuando este se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo: 1.803,04€.

En caso de menores de 14 años, la cantidad será de 1.803,04 €, en concepto de Gastos de Sepelio.

Invalidez Permanente Absoluta como consecuencia de accidente deportivo: 12.020,24 €.

Invalidez Parcial como consecuencia de accidente deportivo (según baremo): 12.020,24 €.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Asistencia sanitaria por accidente deportivo:

En accidentes ocurridos en territorio nacional:

- a) Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos, y con un límite temporal de hasta dieciocho **(18) meses** desde la fecha del accidente.
- b) Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de dieciocho **(18) meses** desde la fecha del accidente.
- c) Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de dieciocho **(18) meses** desde la fecha del accidente.
- d) Gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciocho **(18) meses** desde la fecha del accidente.
- e) Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del **70%** de su coste.
- f) Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo cubierto por la póliza. Estos gastos se limitan a **240,40 €**.
- g) Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional, siempre que haya sido autorizado por el servicio de asistencia, salvo los casos de urgencia vital.

En accidentes ocurridos en el extranjero:

Reembolso de los gastos por Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de **6.010,12 €**, y con un límite temporal de hasta dieciocho **(18) meses** desde la fecha del accidente.

RIESGOS EXCLUIDOS

De forma adicional a lo indicado en este punto en las Condiciones Generales, se considerarán accidentes excluidos, y no serán atendidos por la aseguradora, los ocurridos en las siguientes circunstancias:

- 1. Cuando no se cumplan las condiciones reflejadas en el Objeto del seguro o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad.**
- 2. Los accidentes y/o consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.**

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



3. Cuando se produzcan como derivación de una enfermedad, anomalía orgánica previa al accidente, incompatible o no con la práctica de su deporte.
4. Quedan expresamente excluidas de cobertura en la presente Póliza las lesiones accidentales no traumáticas del sistema óseo/articular muscular, la patología de epicondilitis, tendinitis, etc. así como los medios para su diagnóstico.
5. En caso de presentar lesiones degenerativas aun cuando estas se hayan producido por la práctica deportiva, tales como osteocondritis, artrosis, tendinosis, etc.
6. Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las leyes, ordenanzas y reglamentos deportivos.
7. Cuando se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte, salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo o intervención económica de las Comunidades Autónomas o Consejo Superior de Deportes y Federaciones o con otras instituciones siempre que figuren en Convenio.
8. Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte, así mismo, en caso de recibidas, si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidentes tramitado.
9. Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

Para la garantía de asistencia sanitaria no serán satisfechos por la aseguradora los gastos producidos por:

1. Los gastos derivados de la atención médica del lesionado en los facultativos y centros médicos no concertados por la entidad aseguradora, excepto para los gastos derivados de la atención médica de "urgencia vital" al lesionado en cuyo caso no aplicará la presente exclusión.
2. Todo el material prescrito en servicios ajenos a la aseguradora.
3. El material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes, sean deportivos o no.
4. El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.), en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
5. Los gastos derivados de los medicamentos prescritos y utilizados fuera del régimen hospitalario.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



6. 6. Los gastos derivados de la rehabilitación en los siguientes casos:

- a) Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de la higiene postural.**
- b) Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza.**
- c) Los masajes relajantes y anti estrés.**
- d) Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.**
- e) Los gastos por enfermedades crónicas músculo tendinosas, reumáticas y degenerativas.**
- f) La potenciación muscular.**
- g) Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.**

DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

El asegurado deberá comunicar a la entidad aseguradora el acaecimiento del siniestro, acompañando a dicha declaración los justificantes necesarios para probar la cobertura del asegurado según la presente póliza.

Se deberán seguir los procedimientos establecidos en los anexos de estas condiciones particulares correspondientes al protocolo de actuación y parte de siniestros que deberá ser cumplimentado y sellado por la FEDERACIÓN, o por el CLUB, en caso de requerir asistencia sanitaria.

En caso de incumplimiento, la entidad aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que la entidad aseguradora ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Además, el asegurado deberá facilitar a la entidad aseguradora toda clase de información que conozca sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, así como en su caso, el informe médico oficial de la asistencia de urgencia.

La entidad aseguradora no se responsabilizará de ningún tipo de asistencia médico-quirúrgica al asegurado fuera de los centros médicos a los que la entidad aseguradora derive al asegurado, salvo en caso de urgencia vital, peligrando la vida del deportista, siempre que en este último caso, se comunique a la entidad aseguradora en un período máximo de (24) horas. En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren las restantes circunstancias exigibles, está justificada la utilización de medios ajenos a la entidad:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.
2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. Shocks cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. comas, reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.
5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción y dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos o con afectación de vísceras.
7. Accidentes cerebrovasculares.
8. Intoxicaciones agudas y sepsis agudas.
9. Anuria y retención aguda de orina.
10. Difteria, botulismo, meningitis, meningoencefalitis, forma aguda de la colitis ulcerosa y gastroenteritis aguda con afectación del estado en general.
11. Obstrucción de las vías respiratorias altas, embolia pulmonar, derrame pleural, neumotórax espontáneo, edema agudo de pulmón, disnea y crisis de asma bronquial.
12. Crisis hipertensiva de urgencia, embolia arterial y periférica, asistolia y taquicardia paroxística.
13. Coma diabético e hipoglucemia.
14. Convulsiones y convulsiones de la infancia.
15. Insuficiencia suprarrenal aguda, fallo agudo de la circulación periférica y alteraciones del metabolismo electrolítico.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Derecho de Reembolso de MARKEL

En el supuesto de que un deportista accidentado, en cuyo accidente concurren las circunstancias de exclusión, fuera atendido por los servicios de la entidad aseguradora, ésta cargará los gastos producidos, tan pronto como se detecten las irregularidades, al responsable del parte de siniestros del accidente deportivo, o en su caso, al deportista lesionado.

En el caso de que la entidad aseguradora tuviera que abonar a cualquier centro médico no concertado, el importe de la asistencia prestada a un deportista accidentado, no acudiendo este último a los facultativos y centros médicos concertados por la entidad aseguradora, salvo en los casos de supuesta urgencia vital, el club, federación o en su caso el deportista lesionado, vendrá obligado a reembolsar a la entidad aseguradora la cantidad satisfecha por esta, efectuándose el reembolso dentro de los (15) días hábiles siguientes a que se haya acreditado el pago y que éste hubiera sido ordenado por la autoridad judicial.

ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Las primas por asegurado son únicas e indivisibles y por tanto no pueden ser prorrateadas en función de la fecha de alta de los asegurados. Asimismo, las bajas de asegurados, no generarán devoluciones por prima no consumida.

El tomador comunicará a la entidad aseguradora, al inicio del contrato y de sus sucesivas prórrogas, en soporte electrónico (fichero Excel), la relación nominal de los deportistas que incluya la siguiente información:

- Nº Póliza
- Nº Licencia
- Categoría
- Nombre y apellidos.
- D.N.I.
- Dirección.
- Teléfono
- Fecha de nacimiento
- Fecha de alta

Las altas que se produzcan posteriormente causarán alta en la póliza de forma automática desde la fecha de su alta en la Federación hasta la inmediata fecha de vencimiento del contrato, y serán notificadas a la entidad aseguradora semanalmente, conforme a los requisitos establecidos en el párrafo anterior.

Las relaciones de deportistas serán remitidas a la dirección de e-mail que facilitará la entidad aseguradora.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





En caso de que acaezca un accidente cubierto por el contrato cuando la licencia federativa se encuentre en trámite de comunicación a la entidad aseguradora, la federación quedará obligada a acreditar mediante declaración jurada con firma y sello de que el deportista tiene la licencia vigente en la fecha del accidente.

Las partes acuerdan proceder trimestralmente a la regularización de prima y emisión del correspondiente recibo.

La entidad aseguradora podrá modificar anualmente las primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SE MANTIENEN INALTERADOS.

El Tomador/Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del contrato de seguro y del presente Anexo y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran ser limitativas para sus derechos; Y para que conste su expresa conformidad con las mismas y en plena aceptación, el Tomador del Seguro/Asegurado estampa su firma a continuación.

TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Seguro de Accidentes Personales

I CLÁUSULA PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de 1980), al Texto refundido de la Ley De Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

- I La información facilitada por el Tomador del Seguro en la Solicitud de Seguro y cualquier otra documentación y/o información que se adjunte con la misma, constituye la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones, incluyendo el cálculo de la prima, y el motivo esencial por el que el Asegurador celebra este contrato. Si, al prestar dicha información, se hubiera incurrido en reserva o inexactitud, se quebraría el equilibrio contractual.**
- II El Tomador del Seguro tiene la obligación de informar al Asegurador sobre la naturaleza y circunstancias del riesgo y notificar cualquier circunstancia conocida por el Tomador o por el Asegurado que pueda influir en la valoración del mismo. Esta obligación es previa a la celebración del contrato, por lo que el Tomador deberá declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.**
- III El presente contrato quedará formalizado cuando la Póliza o el documento de cobertura provisional sea debidamente firmado por las partes contratantes y tomará efectos en la fecha y hora especificadas en las Condiciones Particulares.**
- IV Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.**

II ASEGURADOR / ATENCIÓN AL CLIENTE / ARBITRAJE / JURISDICCIÓN

MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA de acuerdo con los artículos 81, 53, 60 y concordantes de la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y del Reglamento que lo desarrolla, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1 Planta 35 - Edificio Torre Picasso., 28020 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Prudential Regulation Authority", con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA y la "Financial Conduct Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro y la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normativa española de desarrollo.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

(a) Instancias internas de reclamación

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrá Ud. Dirigirse, por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. Quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D. Julián Olivares Monteagudo
ESTUDIO JURÍDICO OLIVARES, S.L.U.P.
C/ Almagro, 21 – 2ª Planta
28010 Madrid
Teléfono: 91 556 19 78
Fax: 91 556 27 74
Correo electrónico: atencionclientemarkel@gmail.com

(b) Instancias externas de reclamación

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, podrán reclamar, en virtud del Artículo 62 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado, ante la Dirección General de Seguros (Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones) si consideran que la entidad Aseguradora ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato del seguro.

El Tomador del Seguro se compromete a informar a los Asegurados de sus derechos y obligaciones bajo el presente contrato de seguro.

5. En virtud de lo establecido en el Artículo 81.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa al Tomador que no será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de esta entidad, Markel International, Sucursal en España.

Litigios sobre el contrato:

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo sea en el extranjero.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Domicilio para emplazamientos

Queda convenido por la presente que cualquier diligencia de emplazamiento, notificación o expediente que deba notificarse al Asegurador con el propósito de iniciar un juicio contra el mismo en relación con esta Póliza se realice a:

MARKEL INTERNATIONAL ESPAÑA
Pza. Pablo Ruiz Picasso, 1 Planta 35
Edif. Torre Picasso
28020 Madrid

III. DEFINICIONES

Accidente: 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: Se entiende como tal al accidente que sobreviene al Asegurado en su calidad de:

- Peatón en vía pública, causado por un vehículo a motor.
- Conductor o pasajero de un vehículo a motor terrestre.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos, cuando no sean pertenecientes al personal de explotación de los mismos y habiendo adquirido el billete correspondiente.

Accidente 24 horas: La cobertura se extiende a las 24 horas, el Asegurado estará cubierto tanto en su vida privada como en el ejercicio de su profesión.

Accidente extralaboral: Toda lesión corporal que el Asegurado sufra en su vida privada y particular, quedando por tanto excluidos los accidentes laborales y el riesgo in-itinere.

Accidente laboral: Toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del Seguro, incluido el riesgo "in-itinere".

Asegurado: Es cada una de las personas físicas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el Seguro. El conjunto de Asegurados forma el Grupo Asegurado.

Asegurador: Markel International Insurance Company Ltd., Sucursal En España, que mediante el cobro de la prima asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

Carencia: el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

Centro Hospitalario: Establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. **No se consideran Centros Hospitalarios: Los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.**

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.

Beneficiario: en caso de fallecimiento, los beneficiarios serán los designados por los Asegurados. Si no hubiera designación expresa, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán, por orden de prelación:

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- 1º Cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida del Asegurado.
- 2º Hijos del Asegurado.
- 3º Padres del Asegurado.
- 4º Herederos legales del Asegurado.

En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

Por tanto, se conviene expresamente que el Tomador renuncia a la facultad de designación de beneficiario para la percepción de las prestaciones de esta póliza.

Enfermedad preexistente: Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad al periodo de cobertura.

Fecha del siniestro: Aquella en que se produce el riesgo previsto y garantizado en póliza que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente o evento ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

Franquicia deducible: es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una Indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio Asegurador.

Grupo asegurable: Conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

Hora de Inicio y Fin de las coberturas: la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

Límite por periodo de seguro: Importe máximo de las prestaciones por todos los siniestros ocurridos durante el periodo convenido de seguro. Éste no podrá exceder de de la suma asegurada fijada en las Condiciones Particulares.

Límite por siniestro: El límite máximo de indemnización a cargo de Markel International Insurance Company Ltd., Sucursal en España por cada siniestro. Aún cuando, como consecuencia de un mismo hecho resultasen afectadas diversas garantías de la póliza, no podrá exceder de la suma asegurada reflejada en las Condiciones Particulares.

Póliza: el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales; las Particulares que individualizan el riesgo; las Especiales, si procedieran; los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, y la Solicitud Cuestionario que sirvió de base para la emisión del seguro.

Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. El precio se fija teniendo en cuenta las condiciones de la póliza, con todas sus coberturas, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo declarado por el Tomador del Seguro.

Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio del Asegurado hasta el lugar de trabajo donde se desarrolla la actividad laboral, y el de regreso hasta su domicilio.

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 mismo evento.

Sublímites: En el caso de que en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de la póliza se establezca algún sublímite, éste se entenderá que es parte integrante del límite de indemnización y no adicional al mismo.

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 correspondientes garantías.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



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.

IV. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales y Particulares, con las limitaciones asimismo indicadas en las mismas.

V. DELIMITACIÓN DE LOS RIESGOS

Riesgos incluidos.

Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, 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, siempre que no se trate de productos alimenticios o medicamentos prescritos por el médico.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado, y siempre que quede fehacientemente demostrada la relación causa-efecto.
- c) Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- d) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos para el salvamento de personas o bienes.
- e) Los causados por inmersión o sumersión.
- f) Los producidos por descargas eléctricas, rayo inclusive.

Exclusiones y Limitaciones.

1) Personas no asegurables:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, diabetes, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.

El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

La edad límite de cobertura de cada Asegurado para el riesgo principal de fallecimiento es de 70 años y para todos los demás riesgos complementarios es de 65 años.

De producirse alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo al Asegurador tan pronto como les sea posible.

2) Riesgos excluidos:

No estarán incluidos los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el apartado de Definiciones.

- a) **Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona.**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- b) **Vértigos, estado de inconsciencia, lumbagos, cervicalgias, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbosos, vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, aneurismas, ictus, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como sus agravaciones.**
- Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera Accidente a efectos de esta póliza.
- c) **Enfermedades, epidemias y todo tipo de procesos cuyo origen sea infección por picadura de insectos (malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares).**
- d) **Insolaciones, congelaciones y otras consecuencias de la acción del clima, así como esfuerzos desproporcionados, envenenamientos o infecciones que no tengan como causa directa y exclusiva una lesión producida por un accidente cubierto por este seguro.**
- e) **No se considerarán indemnizables los hechos que produzcan exclusivamente efectos psíquicos.**
- f) **Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.**
- g) **Los provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios de la Póliza, así como el suicidio o la tentativa de suicidio. De existir varios Beneficiarios, los no intervinientes conservarán íntegros los derechos que pudieran corresponderles.**
- h) **Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por un accidente o que sean innecesarios para la curación de un accidente cubierto por esta póliza.**
- i) **Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes de cualquier tipo. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholemia, según los medios de determinación o medición en la Legislación Española en vigor en cada momento, sea superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.**
- j) **La participación de la persona asegurada en cualquier tipo de medio de transporte aéreo, exceptuando los realizados como pasajero de pago en vuelo comercial con licencia.**
- k) **Práctica profesional (incluido entrenamientos), o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; así como en todo caso la escalada, alpinismo, espeleología, el boxeo, artes marciales, gimnasia deportiva, hípica, barranquismo, puenting, bunge jumping, deportes náuticos, subacuáticos y de submarinismo, carreras o competiciones de vehículos de motor, la utilización de avionetas y cualquier otra práctica deportiva, tal como el paracaidismo o la ascensión en globo, que implique riesgo aéreo; caza mayor fuera de España; toreo, capeas, encierro de reses bravas y cualquier otra participación en espectáculos taurinos; y en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.**
- l) **Su participación activa en acciones delictivas, provocaciones, riñas (salvo que el Asegurado hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes) y duelos, carreras, apuestas o cualquier actuación/empresa arriesgada o temeraria, así como imprudencias o negligencias graves del Asegurado, declaradas así judicialmente.**
- m) **Accidentes ocurridos en regiones inexploradas, viajes que tengan carácter de exploración o en submarinos.**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- n) **Los accidentes a causa de conflictos armados o guerra, aún cuando no haya sido declarada, terrorismo, rebeliones, revoluciones, invasión, insurrección, el uso de poder militar o usurpación de gobierno o de poder militar, motines, tumultos populares, terremotos, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas y otros fenómenos de carácter extraordinario, sin perjuicio de que queden amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios, así como las lesiones provocadas, en forma directa o indirecta, por exposición o contaminación nuclear, radiactiva, química o biológica.**
- o) **Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.**
- 3) Límites geográficos.**

Las garantías cubiertas en la presente póliza surten efecto, en lo que respecta a las garantías de Fallecimiento e Invalidez Permanente, en todo el mundo, **exceptuando** aquellos países que se encuentren en situación de **Conflicto Armado o Guerra Declarada**.

Las Garantías de Invalidez Temporal, Asistencia Sanitaria e indemnización diaria por Hospitalización solo tienen cobertura, salvo en pacto contrario, para los accidentes ocurridos en España.

4) Fecha de siniestro.

Queda expresamente establecido que se considerará como fecha del siniestro, para todas las garantías de la póliza, la fecha de ocurrencia del accidente. En caso de Enfermedad profesional (si está cubierta) se considerará como fecha de siniestro la fecha de inicio de la enfermedad.

VI GARANTÍAS

1 Fallecimiento

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y ocurrido durante el periodo de vigencia de la misma, se produjera la muerte del Asegurado, **inmediatamente o dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha del accidente**, el Asegurador pagará al Beneficiario la Suma Asegurada estipulada a tal efecto en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuando la edad del Asegurado sea inferior a 14 años, no estarán asegurados para riesgo de Fallecimiento, esta prestación será sustituida por una indemnización en concepto de Gastos de Sepelio con un máximo de 3.005,06 Euros.

2 Invalidez Permanente

Tendrá tal carácter la pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros y órganos que sean consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por esta póliza, y ocurrido durante el periodo de vigencia de la misma, producida **inmediatamente o dentro de dos años a contar desde la fecha del accidente**, el Asegurador abonará la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

A efectos de esta Garantía se entenderán los grados de invalidez según las definiciones abajo descritas y quedarán cubiertas, única y exclusivamente, aquellas que figuren expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza:

Invalidez Permanente Total: la situación por la que el Asegurado quede incapacitado para realizar su profesión habitual.

En caso de Invalidez Permanente y Total por accidente, el Asegurador pagará la Suma Asegurada estipulada en la póliza para tal evento.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Invalidez Permanente Absoluta: la situación por la que el Asegurado quede incapacitado para realizar cualquier profesión.

En caso de Invalidez Permanente y Absoluta por accidente, el Asegurador pagará la Suma Asegurada estipulada en la póliza para tal evento.

Gran Invalidez: la situación por la que el Asegurado, por pérdidas anatómicas o funcionales, necesite de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de su vida, tales como vestirse, comer, lavarse, etc.

En caso de Gran Invalidez Permanente por accidente, el Asegurador pagará la Suma Asegurada estipulada en la póliza para tal evento.

Invalidez Permanente Parcial: si del accidente resultase una Invalidez Permanente Parcial del Asegurado, el importe de las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador será el resultado de aplicar a la suma asegurada estipulada para caso de Invalidez Permanente que corresponda, los porcentajes que a continuación se detallan.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Tipo de lesión	Derecho	Izquierdo
Enajenación mental incurable, que imposibilite el ejercicio de cualquier actividad laboral	100%	
Ceguera completa en ambos ojos	100%	
Pérdida total de ambas piernas o pies, ambas manos o brazos, de un brazo y de una pierna o de una mano y un pie	100%	
Cuadriplejia	100%	
Paraplejia	100%	
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del movimiento del hombro	30%	20%
Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
Pérdida total del pulgar y del índice de la mano	40%	30%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%
Pérdida de tres dedos de la mano, que no sean pulgar o índice	25%	20%
Pérdida del pulgar y otro que no sea el índice de la mano	30%	25%
Pérdida de tres dedos de la mano, incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida del índice de la mano y otro que no sea el pulgar	25%	20%
Pérdida del pulgar de la mano sólo	22%	18%
Pérdida del índice de la mano sólo	15%	12%
Pérdida del medio, anular o meñique de la mano sólo	10%	8%
Pérdida de dos de estos últimos dedos de la mano	15%	12%
Pérdida de una pierna o un pie	50%	
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	25%	
Sordera completa de los dos oídos	40%	
Sordera completa de un oído	10%	
Pérdida total de la voz	25%	
Ablación mandíbula inferior	30%	
Pérdida total de un ojo, o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%	
Fractura no consolidada de una rótula	20%	
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	
Acortamiento por lo menos de 5 cms. de un miembro inferior	15%	
Pérdida del dedo pulgar de un pie	10%	
Pérdida de otro dedo del pie	5%	

Serán de aplicación como complemento del anterior baremo, las siguientes normas:

- La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente, se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con máximo del 100 por 100 de la Suma Asegurada para esta garantía.
- La suma de porcentajes de indemnización por varios tipos de Invalidez Parcial en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
- Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, los porcentajes previstos referentes al miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
- Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y la que resulte después del accidente.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- e) La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley 50/1980. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Entidad Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos conforme a los artículos 38 y 39 de la citada Ley.
- f) La Entidad Aseguradora abonará el importe de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales producidas por accidente garantizado en la póliza. El alcance de dicha prótesis no excederá del 10 por 100 de la suma indemnizable para el caso de Incapacidad Permanente, y en ningún caso sobrepasará la cantidad de SEISCIENTOSEUROS.

3. Asistencia Sanitaria por accidente.

Se considerarán incluidos en esta garantía los gastos médico-farmacéuticos y hospitalarios originados como consecuencia de un accidente, cubierto por la póliza, en la persona del Asegurado, así como los ocasionados por el servicio de ambulancia y los derivados de rehabilitación física.

La cuantía global de los gastos mencionados se limita al importe de la Suma Asegurada pactada expresamente en las Condiciones Particulares, siendo además de aplicación las siguientes NORMAS:

- 1) Los gastos están cubiertos siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en España.
- 2) Cuando la Asistencia Sanitaria sea prestada por servicios médicos designados por el Asegurador, los gastos sanitarios serán por cuenta de la Sociedad hasta el límite máximo señalado en las Condiciones Particulares y **como máximo durante el plazo de trescientos sesenta y cinco días, a contar desde la fecha del accidente.**
- 3) En el caso de que tal asistencia se preste por servicios médicos elegidos por el Tomador o el Asegurado, se satisfarán previa justificación los gastos originados de acuerdo con las tarifas usuales, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y como máximo durante el plazo de trescientos sesenta y cinco días.
- 4) Los gastos derivados por daños en la dentadura que origine la implantación de prótesis dentarias se reembolsarán **hasta un máximo de 61 Euros.**
- 5) Los trasplantes de miembros u órganos y los daños de prótesis preexistentes no estarán cubiertos por esta garantía, salvo pacto expreso en contrario.
- 6) Cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros Contratos de Seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia en la proporción que exista entre la cobertura otorgada y la cobertura total obtenida por el Asegurado.

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

4. Incapacidad Temporal para su profesión habitual

Pago de una **cantidad diaria**, en la cuantía que se pactará en las Condiciones Particulares, durante el tiempo en que el Asegurado quede **incapacitado temporalmente para el ejercicio de su Profesión habitual**, según declarará en las Condiciones Particulares y siempre que sea a causa de un Accidente garantizado en póliza y de acuerdo con las siguientes normas:

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- 1) La indemnización diaria mientras dure la Incapacidad y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. La suma asegurada se abonará por meses vencidos, previa presentación del parte médico por el que se confirme cada mes la baja laboral del lesionado.
- 2) Esta garantía podrá pactarse con una franquicia aplicable a cada siniestro del número de días que se señale en Condición Particular. La indemnización a percibir por el Asegurado se hará de acuerdo con las normas anteriormente descritas, calculándose el montante a partir del día siguiente al de la expiración de la franquicia.

5. Hospitalización

Cuando, a causa de un Accidente garantizado en póliza, el Asegurado deba ser internado en un Centro Hospitalario, Público o Privado, y siempre que permanezca ingresado el mínimo de días indicado en las Condiciones Particulares (en cualquier caso un mínimo de un día), el Asegurador indemnizará la cantidad diaria que se pactará en las Condiciones Particulares, mientras dure el internamiento y con un límite máximo de 90 días por anualidad de seguro.

A estos efectos, se computarán como días de indemnización ciclos completos de 24 horas.

- **La calificación de incapacidad permanente del Asegurado corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, con carácter definitivo o mediante sentencia judicial firme. En el caso de que el empleado no tenga derecho a una prestación por incapacidad por no reunirse los requisitos exigidos por la Seguridad Social, corresponderá la calificación a los servicios médicos de la entidad Aseguradora.**
- **Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, las prestaciones previstas para los riesgos de Fallecimiento, Invalidez permanente parcial, Invalidez permanente Absoluta, Invalidez permanente Total y Gran Invalidez, no son acumulables entre sí. Por tanto, el pago de una prestación extinguirá automáticamente la cobertura del resto de garantías.**
No obstante, si después del pago de una indemnización por invalidez permanente, se produjese el fallecimiento del Asegurado o una invalidez de grado mayor, como consecuencia del mismo siniestro, el Asegurador pagará la diferencia entre el importe satisfecho por invalidez y la suma asegurada para el caso de fallecimiento o invalidez de grado superior, cuando dicha suma fuese superior.
- **Las indemnizaciones por Hospitalización, Asistencia Médico-Farmacéutica y por Incapacidad Temporal para su Profesión habitual, son compatibles entre sí y podrán presentarse simultáneamente con las de Incapacidad Permanente, así como con la de Fallecimiento.**
- **El Tomador no dará de baja de la póliza a los Asegurados que se hallen en trámite de solicitar la declaración de incapacidad permanente hasta que se dictamine, en su caso, la correspondiente resolución definitiva, y ello, a fin de garantizar en todo momento la cobertura del presente seguro.**

VII. CÚMULO DE CAPITALS

Salvo indicación en contra expresada en las Condiciones Particulares, el importe máximo a abonar por un mismo accidente, denominado cúmulo de capitales, se fija en un **máximo de 1.500.000 € (Un millón quinientos mil euros)**, que será la cantidad máxima que la Aseguradora haría efectiva en caso de producirse un siniestro que afectase a un número de Asegurados cuya suma de indemnizaciones superase dicho cúmulo, en cuyo caso, el mismo se devengará de forma proporcional a los capitales asegurados de cada uno de los afectados.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



VIII. CONDICIONES DE ADHESIÓN

- 1) Las Condiciones de Adhesión serán las que figuren en las Condiciones Particulares de esta Póliza y/o, en su caso, en el Boletín de Adhesión. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través de los Boletines de Adhesión, cada uno de los cuales habrá de ser firmado conjuntamente por el Tomador y por el Asegurado respectivo.
- 2) Todos los documentos relativos a cada Asegurado serán presentados por el Tomador del Seguro a la Entidad Aseguradora. Esta decidirá, atendiendo a sus Normas de Selección y Tarificación de Riesgos (Estado de Salud, Profesión, Práctica de deporte, Capital Asegurado, etc.), su admisión o no en el Grupo Asegurado. En caso negativo lo comunicará por escrito al tomador del seguro, el cual informará de ello al Candidato.

IX. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

- 1) La Póliza se perfecciona mediante el consentimiento de las partes, manifestado por la suscripción de la Póliza. Salvo pacto expreso en contrario, las Coberturas y Garantías contratadas, así como sus eventuales modificaciones o adiciones tomarán efecto en la fecha indicada en el Certificado de Seguro, siempre que haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Las Obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las 00 horas del día siguiente en que se hayan cumplido ambos requisitos.

- 2) La duración del contrato se establece por periodos anuales, que se entenderán prorrogados automáticamente por otra anualidad a la finalización de cada periodo, salvo pacto en contrario.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del Contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, según el Artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

X. 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.

XI. 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.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- 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.
- 4) Si se produce un siniestro, habiéndose producido omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) **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.

XII. VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN EL GRUPO ASEGURADO

El Tomador del Seguro está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado y que puedan consistir en:

1. **Altas:** Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo Asegurable, cumplan las Condiciones de Adhesión, en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro de grupo y manifiesten su deseo de adhesión al mismo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar, previa aceptación de la Compañía, en el momento de la recepción de la notificación por parte del Tomador.

2. **Bajas:** Se producirán por alguna de las siguientes causas:

1. Salida del Grupo Asegurado o del Asegurable, o comunicación expresa del Tomador.

Se devolverá al Tomador del Seguro la parte de prima correspondiente al período de seguro en curso no transcurrido.

2. Pago del capital por Fallecimiento o por Invalidez Permanente.

3. Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad límite estipulada para cada cobertura.

XIII. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

1. 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.
2. 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.
3. 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.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



XIV. FALTA DE PAGO DE PRIMAS. SUS EFECTOS

1. **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.**

Salvo pacto en contrario en Condición Particular, si ésta primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca un siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

2. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato ha quedado extinguido.
3. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
4. 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 caso, pagó su prima.

XV. MODIFICACIÓN DEL RIESGO

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 percepción del contrato, o no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. 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 del seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir dicho contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuviera conocimiento de la agravación del riesgo. Dicha rescisión deberá ser anunciada con una anticipación de quince días a su toma de efecto.

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han 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.

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

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

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



3. En especial, el Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador tan pronto como les sea posible, el cambio, aunque sea temporal, de la actividad, profesión, u ocupación del Asegurado declarada al contestar el cuestionario presentado por el Asegurador.

Si el cambio supone una agravación o una disminución del riesgo, se procederá según lo prescrito en los números 1 y 2, respectivamente, de este artículo.

XVI SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

1. Procedimiento en caso de accidente.

- a. El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. 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. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán para aminorar las consecuencias del siniestro, emplear los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado y lograr su pronto restablecimiento pudiendo el Asegurador, en caso de incumplimiento de este deber, 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, según lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 50/1980.

2. Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

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:

- En caso de Fallecimiento por accidente:

- a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
- b) 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 y toxicológico, si se han practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
- c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
- d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo.

Si no existe designación expresa, Certificado del Registro de Últimas Voluntades y copia del último Testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

- En caso de Incapacidad Permanente según Baremo:

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes 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 la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.

Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento.

El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del Asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.

- b) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

- **En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:**

- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.
- b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al Asegurado.
- c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.

- **En caso de Asistencia Sanitaria:**

- a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
- b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
- c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

- **En caso de Incapacidad Temporal:**

- a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atiende.

- **En caso de Hospitalización y Convalecencia:**

- a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

- **En todos los supuestos:**

Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa, y consecuencias.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



En los casos en que fuera preciso, se presentarán documentos originales o debidamente legitimados notarialmente.

El Tomador estará obligado a tener a disposición de la Compañía cualquier tipo de documentación que permita comprobar que el Asegurado al que le ha ocurrido el siniestro pertenecía al Grupo Asegurado en el periodo de vigencia de la póliza.

3. 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 el importe de la prestación garantizada en el plazo máximo de 5 días en caso de Fallecimiento o Invalidez Permanente.

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.

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 anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

La Aseguradora se reserva el derecho de revisar en servicios médicos de su elección las condiciones de invalidez que den lugar a cualquier reclamación.

XVII. RESCISIÓN DEL CONTRATO

Después de la comunicación de cada siniestro, las partes podrán rescindir el Contrato. La parte que decida rescindir deberá notificarlo por escrito a la otra dentro del plazo de treinta días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a la indemnización, o desde la fecha de liquidación, si hubiera lugar a ella; en cualquier caso, la notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de quince días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

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

Será responsabilidad del Tomador de la Póliza comunicar a los Asegurados la rescisión de la misma.

XVIII. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los **cinco años** contados desde el día en que pudieron ejercitarse.

XIX. COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de la misma, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones y pago de primas hechas por el tomador del Seguro a un Agente afecto representante de la Entidad Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a ésta.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros a la Entidad Aseguradora en nombre del Tomador surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

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

XX. SUBROGACIÓN

Cuando el Asegurador indemniza al Asegurado prestaciones por Asistencia Sanitaria, podrá ejercitar la subrogación en los derechos y acciones de éste frente a terceros responsables. El Asegurado está obligado a colaborar con la compañía en el ejercicio de esta acción. Corresponden al Asegurado resarcimientos superiores a la indemnización.

XXI. PRINCIPIO DE LA 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, el Asegurado o el Beneficiario 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 la tareas de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

XXII. NULIDAD DEL CONTRATO E INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El Contrato de Seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de seguro, si en el momento de su conclusión no existía el Riesgo o había ocurrido el Siniestro (Artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80 de 8 de Octubre).

XXIII. CONSORCIO

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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, para los seguros de personas, 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 TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



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 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 **120 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 o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.**
- d) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- e) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.**
- f) **Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.**
- g) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el 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.**
- h) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.**
- i) **Los causados por mala fe del Asegurado.**
- j) **Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- k) **Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- l) **Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.**
- m) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Franquicia

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del Asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

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

En el caso de la cobertura de pérdidas de beneficios, la franquicia a cargo del Asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad Aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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.

XXIV. DOMICILIO PARA EMPLAZAMIENTOS

Queda convenido por la presente que cualquier diligencia de emplazamiento, notificación o expediente que deba notificarse al Asegurador con el propósito de iniciar un juicio contra el mismo en relación con esta Póliza se realice a:

MARKEL INTERNATIONAL ESPAÑA
Pza. Pablo Ruiz Picasso, 1 Planta 35
Edif. Torre Picasso
28020 Madrid

XVII. ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO

El Tomador del Seguro declara haber leído y entendido el contenido de todas las cláusulas, términos y condiciones del presente contrato y que está de acuerdo con ellas, y especialmente con aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran tener un alcance limitativo de derechos. Para que quede constancia de lo anterior, el Tomador del Seguro firma el documento.

El Tomador del Seguro declara haber recibido la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en estas mismas Condiciones Particulares.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

