



Seguro de

ACCIDENTES

Condicionado general

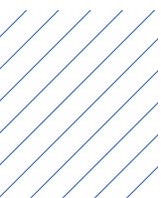


Mutua Tinerfeña
SEGUROS



Seguro de Accidentes

(Mod. 410.02)



Cómo puedo declarar un siniestro

Para declarar un siniestro y/o solicitar un servicio, tiene a su disposición las siguientes formas de comunicación:



> Acudir al centro médico concertado con el parte de accidentes y la póliza.



> Mediante correo electrónico a prestaciones.ape@mutuatfe.com



> A través de su **Mediador de Seguros**

¿Qué datos puedo necesitar?:

- » Número de póliza o NIF
- » Fecha, lugar y hora de ocurrencia del siniestro
- » Descripción detallada de las causas del siniestro
- » Teléfono y email de contacto

INFORMACIÓN AL MUTUALISTA





Índice

Información al mutualista



REGULACIÓN LEGAL

7



MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

7

a. Departamento de Atención al Cliente

7

b. Defensor del cliente

7

c. Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

8

d. Otros mecanismos de solución de conflictos

8



DERECHO DE DESISTIMIENTO EN CASO DE CONTRATACIÓN A DISTANCIA

8



PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

9

1

REGULACIÓN LEGAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60, y siguientes, del 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, y en los artículos 104 y 107 del Reglamento que lo desarrolla, se informa que:

- a. El control de la actividad de la Mutua le corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español, que lo ejerce a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- b. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro; por la Ley 20/2015, de 14 julio, de ordinación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y las normas que lo desarrollan; y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de esta póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.
- c. En lo que no se oponga a la legislación anteriormente citada, el contrato también se rige por cualquier otra norma que durante la vigencia a la póliza pueda ser aplicable y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales.

2

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Sin perjuicio de la reclamación ante los tribunales de justicia, el tomador del seguro, Asegurado y Beneficiario, puede efectuar sus quejas y reclamaciones ante las siguientes instancias:



a. Departamento de Atención al Cliente

El Asegurador dispone de un DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE, situado en el domicilio social de la entidad, el cual atiende por escrito, todo tipo de quejas y reclamaciones.

Departamento de Atención al Cliente Mutua Tinerfeña,
Puerta Canseco, 33. C.P. 38003. Santa Cruz de Tenerife.
Teléfono: 922 60 48 00
e-mail: atencionalcliente@mutuatfe.com



b. Defensor del Cliente

La Aseguradora pone a su disposición el Defensor del Cliente, el cual es independiente de la Entidad, a quien puede dirigirse por escrito con objeto de plantear su queja o reclamación.

D. A. Defensor, S.L.
C/ Velázquez, 80, 1º Dcha. C.P. 28001. Madrid.
Teléfono: 91 310 40 43 - Fax: 91 308 49 91
e-mail: reclamaciones@da-defensor.org

La tramitación de las quejas y reclamaciones por las instancias anteriores nunca superará el plazo de un mes, y el procedimiento se encuentra regulado en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Mutua Tinerfeña, que se encuentra a su disposición en cualquier oficina de la entidad, así como en la página Web: mutuatfe.es.



c. Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones:

En el supuesto de que no esté de acuerdo con la solución dada por las instancias anteriores, o cuando haya transcurrido el plazo de un mes sin haber obtenido respuesta, podrá formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, conforme al artículo 30 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Servicio de Reclamaciones
Paseo de la Castellana, 44. C.P. 28046. Madrid.
Teléfono: 91 339 70 00 – Fax: 91 339 71 13

La entidad tiene la forma jurídica de Mutua y su domicilio social es:

Puerta Canseco, 33.
C.P. 38003. Santa Cruz de Tenerife. España.



d. Otros mecanismos de solución de conflictos

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con Entidades Aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Asimismo, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre.

Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

3

DERECHO DE DESISTIMIENTO EN CASO DE CONTRATACIÓN A DISTANCIA

En el caso de contratos celebrados mediante el uso exclusivo de técnicas de comunicación a distancia, cuando actúe con un propósito ajeno a su actividad empresarial o profesional, dispondrá de un plazo de catorce días naturales desde la celebración o, si se produjera en fecha posterior, desde que hubiera recibido las condiciones contractua-

4

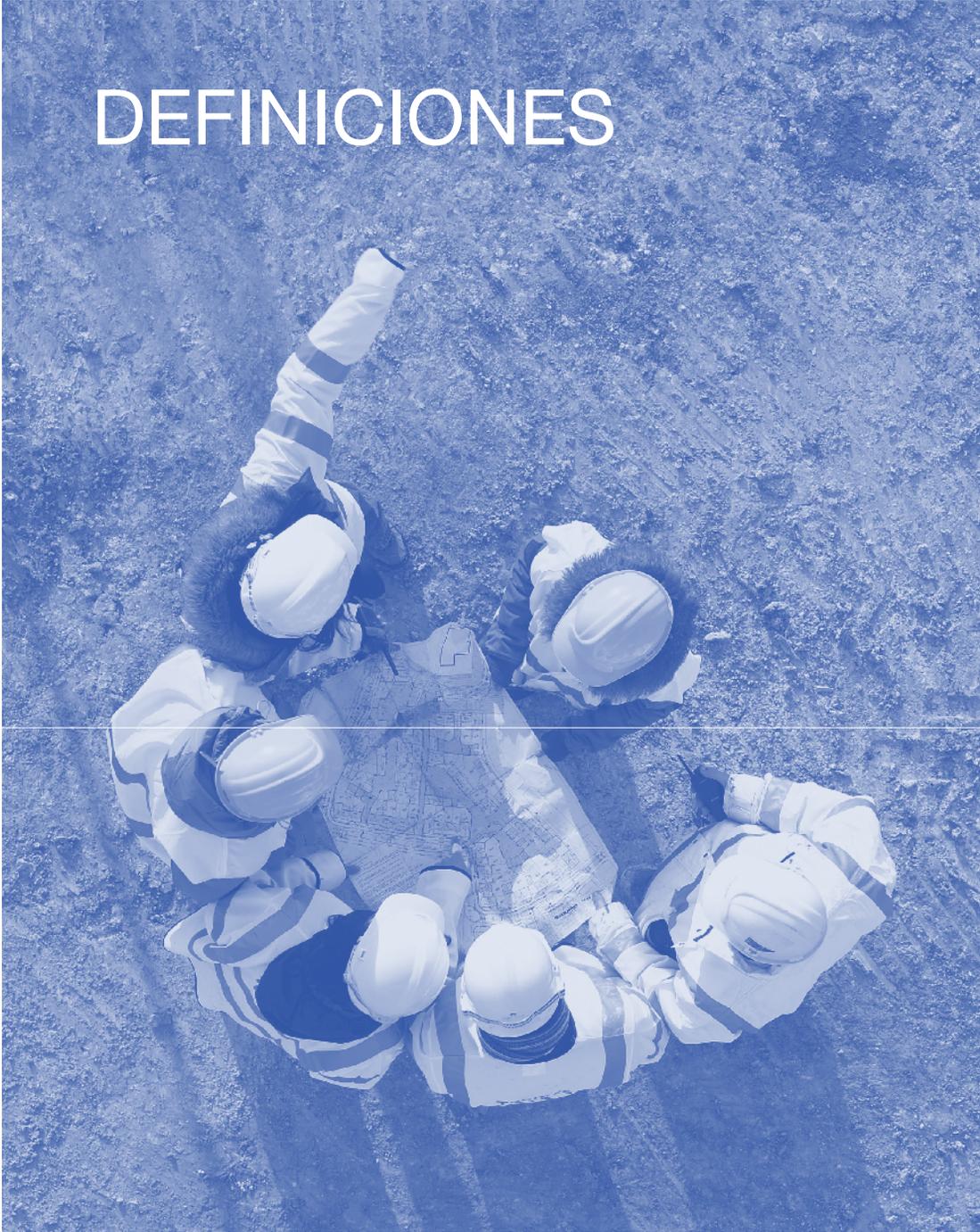
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

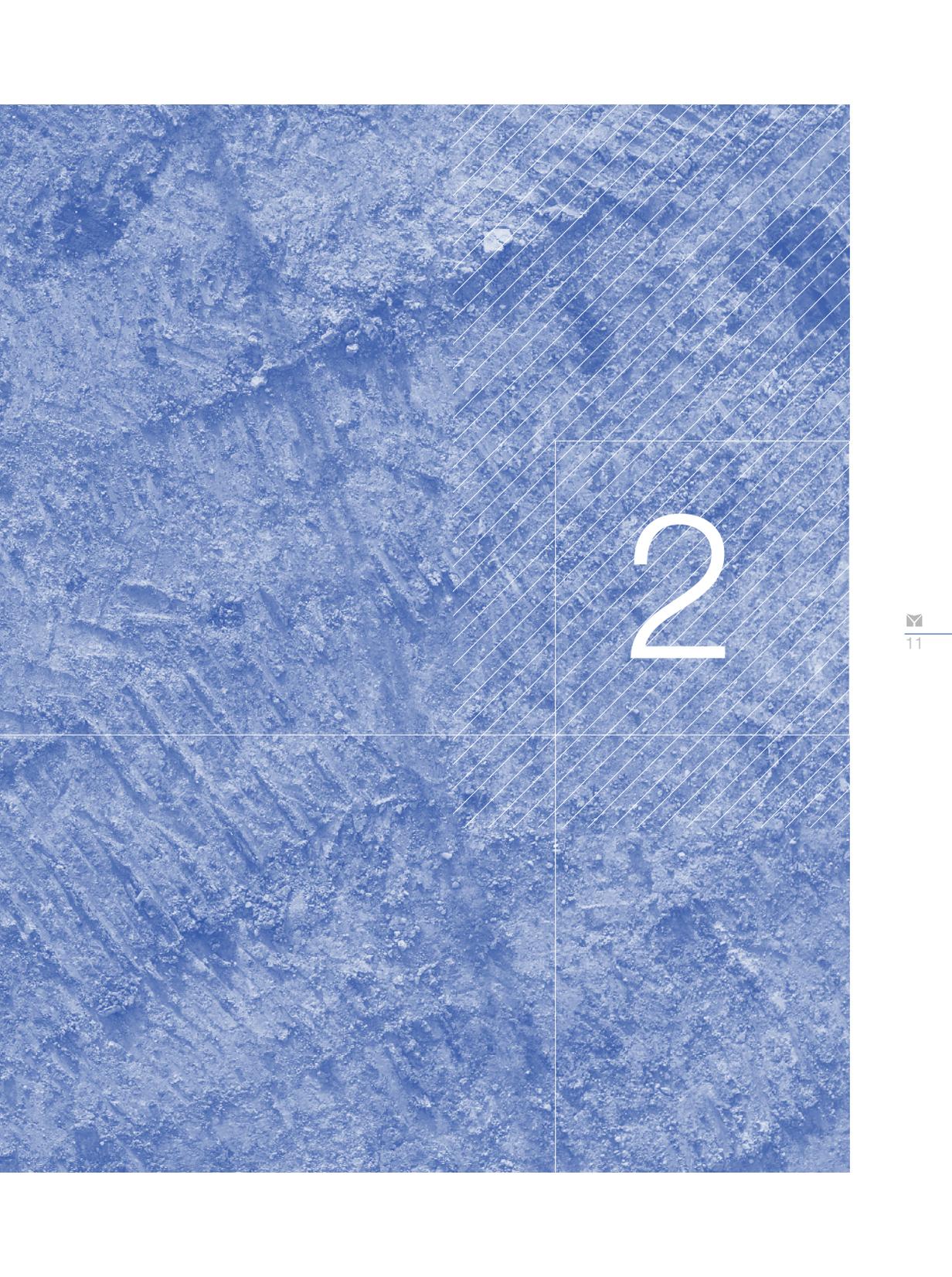
Le informamos de que los datos personales que facilite a Mutua Tinerfeña podrán ser objeto del siguiente tratamiento:

- > Identidad del responsable del tratamiento: Mutua Tinerfeña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- > Finalidad del tratamiento: La completa ejecución del contrato de seguro y, en particular, el mantenimiento de la relación establecida entre Mutua Tinerfeña y el Cliente, el asesoramiento e información sobre las condiciones de los contratos de seguros y productos financieros ofertados por la Compañía, la asistencia en caso de siniestro y el envío de comunicaciones comerciales sobre productos financieros y de seguro, adecuados a sus gustos y aficiones.
- > Para el caso de que usted lo hubiera consentido expresamente, sus datos también serán tratados por la Compañía para la realización de perfiles con datos recabados de redes sociales y de ficheros de solvencia, al objeto de enviarle comunicaciones comerciales adecuadas a sus gustos y aficiones y para la prevención del fraude, incluso una vez vencida la relación contractual.
- > En cumplimiento de la normativa sectorial de aplicación, le informamos de que sus datos podrán ser cedidos a entidades colaboradoras con el sector asegurador, con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro o reaseguro. Asimismo le informamos de que los datos sobre su contrato de seguro de automóvil y los siniestros vinculados a éste de los últimos cinco años, si los hubiere, serán cedidos al fichero común TIREA-SINCO.
- > Derechos que ostenta como titular de los datos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, supresión y portabilidad de sus datos dirigiéndose al Servicio de Atención al Cliente de la compañía de seguros a través del siguiente correo, lopd@mutuatfe.es, y adjuntando copia de su DNI a la solicitud.
- > Base jurídica del tratamiento: Consentimiento para la contratación e interés legítimo del responsable para la remisión de información comercial sobre productos financieros y de seguro. Consentimiento expreso para las finalidades que fuera necesario recabarlo.

Puede consultar la información adicional y detallada de nuestra política de protección de datos en el siguiente apartado de nuestra página web: www.mutuatfe.es/proteccion-de-datos

DEFINICIONES





2

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

Asegurador: la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven.

Asegurado: Cada una de las personas naturales físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Beneficiario: La persona titular del derecho a la indemnización.

Familiares Dependientes: Solamente se consideran como tales a:

- » El cónyuge del Asegurado siempre que conviva en el mismo domicilio.
- » Los hijos del Asegurado menores de 18 años que vivan permanentemente en el hogar del Asegurado y que sean económicamente dependientes de él. Cuando además de reunir las condiciones anteriores se dediquen exclusivamente a realizar estudios se ampliará la edad límite a los 23 años.

Póliza: Documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procedieren, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

Prima: El precio del seguro, incluido los recargos y tasas de legal aplicación, así como el Fondo Mutual. Se calcula teniendo en cuenta las garantías de la póliza, con todas sus inclusiones, exclusiones y limitaciones de acuerdo con las características del riesgo que se declare.

Suma Asegurada: El límite máximo de la indemnización a pagar en cada garantía por el Asegurador.

Accidente: Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produce su fallecimiento, invalidez o cualquier otra situación por la que la póliza garantice una prestación.

Muerte por Accidente: Lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado con consecuencia de fallecimiento. Si después del pago de una indemnización por invalidez permanente y como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece, el asegurador abonaría la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de muerte si esta es superior.

Muerte por Accidente de Circulación: El fallecimiento del Asegurado como peatón y causado por un vehículo terrestre; como conductor o pasajero de un vehículo terrestre; y como usuario de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo derivada de un accidente.

Urgencia Vital: Toda condición clínica que implica riesgo de muerte inminente, grandes lesiones o incapacidades.

Invalidez Permanente: La situación física del Asegurado que después de haber seguido el tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral dando lugar a distintos grados de incapacidad.

Invalidez Permanente Total: La situación física irreversible generada por un accidente, que inhabilite al Asegurado para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y cuyo origen derive de un accidente.

Invalidez Permanente Absoluta: La situación física irreversible generada por un accidente y que imposibilite por completo al Asegurado para toda profesión u oficio.

Gran Invalidez: La situación del Asegurado afecto de una invalidez permanente y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales generadas por un accidente, necesite la asistencia de otra persona para los actos mas esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Incapacidad Temporal: La situación física que impide la dedicación del Asegurado a sus ocupaciones profesionales declaradas como “actividad del asegurado” y que de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos se estime recuperable.

Peritos Médicos: médicos designados por el Asegurador con facultad para realizar visitas y/o revisiones.

Plazo de Carencia: plazo de tiempo comprendido entre el acaecimiento del siniestro y el inicio del derecho a la indemnización.

Asistencia Sanitaria: honorarios médicos y de personal auxiliar, gastos de hospitalización, farmacia, radiografías, transporte sanitario y rehabilitación funcional necesarios para la curación de las lesiones sufridas.

Centro Concertado: centros médicos u hospitalarios designados por el Asegurado para las prestaciones de asistencia médico / sanitaria.

Efectos Personales: pérdida, rotura o deterioro de los efectos personales que lleve consigo el Asegurado en el momento del accidente, tales como las prendas de vestir, joyas, calzado, relojes, gafas, etc. y en general cualquier artículo que porte el Asegurado para su uso personal.

Su indemnización se hará a valor de nuevo.

Se excluyen los objetos, aparatos o herramientas que pueda llevar el Asegurado con fines profesionales.

GARANTÍAS Y SERVICIOS

3

Índice

Garantías y servicios

Artículo 1. Objeto del seguro	16
Artículo 2. Garantías asegurables	16
Artículo 3. Riesgos excluidos	20
Artículo 4. Personas no asegurables	21
Artículo 5. Ámbito del seguro	26
Artículo 6. Bases del contrato	26
Artículo 7. Efecto del seguro	26
Artículo 8. Duración del seguro	26
Artículo 9. Pago de la prima	26
Artículo 10. Modificaciones del riesgo	27
Artículo 11. Declaración de accidente	28
Artículo 12. Procedimiento en caso de accidente	29
Artículo 13. Pago de indemnizaciones	29
Artículo 14. Disconformidad en la evaluación del grado de invalidez	30
Artículo 15. Subrogación	30
Artículo 16. Extravío o destrucción	30
Artículo 17. Prescripción	30
Artículo 18. Jurisdicción	31
Artículo 19. Comunicaciones	31
Artículo 20. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	31



Garantías y servicios

Art. 1

Artículo 1. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza para las coberturas contratadas el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas y/o en su vida privada.

Se considerarán cubiertos por la presente póliza todos los accidentes de que pueda ser víctima el Asegurado **y que no estén expresamente excluidos en el artículo 3º de esta póliza.**

Art. 2

Artículo 2. GARANTÍAS ASEGURABLES

2.1 Muerte por accidente:

El Asegurador abonará a la persona o personas designadas como Beneficiarios, o en su defecto, a los herederos legales la Suma Asegurada fijada en las Condiciones Particulares para la esta cobertura.

Si el fallecimiento se produce después del pago de una indemnización por invalidez permanente y como consecuencia del mismo accidente, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de muerte, si esta es superior.

Si a consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su cónyuge, el Asegurador pagará una indemnización adicional e igual al capital contratado para esta garantía a aquellos beneficiarios que queden huérfanos de ambos padres en cualquiera de las siguientes circunstancias: que sean menores de 18 años o que estén afectados por una incapacidad total y absoluta para cualquier trabajo.

Si el fallecimiento del Asegurado se produjera como consecuencia de atraco, secuestro o cualquier otro tipo de agresión que no sea indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros, la Suma Asegurada contratada para esta garantía se incrementará en un 20 por ciento.

2.2 Muerte por accidente de circulación:

El Asegurador abonará a la persona o personas designadas como Beneficiarios, o en su defecto, a los herederos legales, una indemnización adicional e igual a la Suma Asegurada fijada en las Condiciones Particulares para la cobertura de Muerte.

Si el fallecimiento se produce después del pago de una indemnización por invalidez permanente y como consecuencia del mismo accidente, el Asegu-

rador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de muerte, si esta es superior, además de la indemnización adicional e igual a la Suma Asegurada para la cobertura de Muerte.

Se entenderá que la Muerte es por accidentes de circulación en los siguientes supuestos:

- > Fallecimiento del Asegurado como peatón, causado por un vehículo terrestre.
- > Fallecimiento del Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- > Fallecimiento del Asegurado como usuario de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

2.3 Invalidez Permanente por accidente

El Asegurador indemnizará de acuerdo con la Suma Asegurada fijada en las Condiciones Particulares para esta cobertura, en base al grado de Invalidez dictaminado y una vez comprobada o definida la Invalidez Permanente al ser dado de alta el Asegurado. **El pago de la indemnización por invalidez permanente, excluye el pago de cualquier otra garantía de invalidez que pudiera garantizar la presente póliza.**

El capital garantizado por Invalidez Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez se indemnizará exclusivamente cuando sea reconocida y aceptada por la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social o por sentencia judicial en firme.

De haberse contratado la modalidad de Invalidez Permanente Progresiva se indemnizará al Asegurado hasta el 225 por 100 de la Suma Asegurada para esta cobertura.

En caso de Invalidez Permanente Absoluta el Asegurador indemnizará el 100 por 100 de la Suma Asegurada para esta cobertura.

Si la Invalidez Permanente es Parcial, dará derecho a los porcentajes aplicados sobre la Suma Asegurada para la Invalidez Permanente Absoluta de acuerdo con los siguientes baremos:

Pérdida total	Normal	Progresivo
Del brazo o de la mano	70%	135%
Del movimiento del hombro	25%	25%
Del movimiento del codo	20%	20%
Del movimiento de la muñeca	20%	20%
Del pulgar y el índice	35%	45%
De tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25%	25%
De tres dedos comprendidos el pulgar y el índice	30%	35%
Del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	25%	25%
Del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	20%	20%



Pérdida total	Normal	Progresivo
Del pulgar sólo	20%	20%
Del índice sólo	15%	15%
Del dedo mayor, del anular, o el meñique	10%	10%
De dos de estos dedos	15%	15%
De una pierna	60%	105%
De un pie	50%	75%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40%	55%
Ablación de la mandíbula inferior	30%	35%
Pérdida total de un ojo o reducción de mitad de la visión binocular	30%	35%
Sordera completa de los dos oídos	50%	75%
Sordera completa de un oído	15%	15%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40%	55%
Fractura consolidada de una rótula	30%	35%
Pérdida total del movimiento de una cadera o una rodilla	20%	20%
Acortamiento, por lo menos, de cinco centímetros de un miembro inferior	15%	15%
Pérdida total del pulgar de un pie	10%	10%
Pérdida total de otro dedo del pie	5%	5%

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se determinará por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión y como máximo hasta el 100 por 100 o 225 por 100 de la Suma Asegurada según la modalidad de Invalidez Permanente contratada.

Por cada falange de los dedos, únicamente se considerará Invalidez Permanente la pérdida anatómica total y la indemnización se establecerá de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad; por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio, ambas fracciones sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no esté expresamente indicada en el baremo de porcentajes anteriormente citado, la indemnización se establecerá teniendo en cuenta el grado en que resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado, según los dictámenes médicos, sin tener en cuenta la profesión del mismo.

En todo caso la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considerará como una pérdida anatómica.

En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado, se reducirá proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos físicos o funcionales, éste tendrá derecho a percibir solamente la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Complementariamente a las prestaciones que correspondan por Invalidez Permanente, el Asegurador se hará cargo del importe de la primera prótesis ortopédica que precise el Asegurado, a resultas de un Accidente garantizado, hasta un importe máximo de 601 €, por siniestro.

2.4 Incapacidad Temporal por accidente:

El Asegurador abonará la indemnización diaria fijada en las Condiciones Particulares, a partir del plazo de carencia contratado, mientras dure la incapacidad y como máximo hasta trescientos sesenta y cinco días como máximo.

Si el accidente sólo produjera una Incapacidad Temporal parcial o a partir de la fecha en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones, el Asegurador abonará la parte proporcional de la indemnización diaria en función del nivel de actividad que no pueda realizar.

Para las personas que no ejerzan profesión remunerada alguna, la indemnización diaria total sólo se pagará mientras el Asegurado no pueda abandonar, a juicio de los peritos médicos, sus habitaciones.

Si después del pago de una indemnización por incapacidad temporal, y como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece o le conceden una invalidez permanente, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de muerte o invalidez permanente (según el caso), si esta es superior.

2.5 Gastos de asistencia sanitaria por accidente:

Mediante la contratación de esta garantía, hasta la Suma Asegurada fijada en las Condiciones Particulares y durante un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, serán por cuenta del Asegurador los gastos de asistencia sanitaria necesaria e idónea para la curación de las lesiones, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

Se consideran incluidos en esta cobertura:

- > Los honorarios médicos, del personal auxiliar y las pruebas diagnósticas tales como radiografías, escáner, etc.
- > Los gastos de hospitalización y los farmacéuticos en clínicas, centros médicos y hospitales.
- > Los gastos por adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, óptica y/o acústica que necesite el asegurado, como consecuencia de un accidente, por prescripción médica, **con el límite de 601 euros por siniestro.**
- > Gastos de traslado o evacuación (ambulancias, helicóptero, etc.) del lesionado desde el lugar del accidente hasta el centro médico u hospital, siempre que por la gravedad de la lesión, sea necesario el traslado por medios especiales, dentro del territorio nacional y por una cuantía máxima de:
- > Los gastos farmacéuticos superiores a 18 € por siniestro, **no dará lugar a reembolso cualquier gasto inferior.**

En cuanto a las sumas aseguradas, se establecen las siguientes modalidades:

- > **Gastos limitados:** La cuantía de los gastos de asistencia sanitaria por accidente se limita en por cada siniestro a la Suma Asegurada fijada en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá elegir; entre recibir dicha asistencia exclusivamente en los Centros Concertados o en Centros de Libre Elección, según se haya fijado en las Condiciones Particulares.
- > **Gastos ilimitados:** Cuando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente se contrate sin hacer mención a una Suma Asegurada y figure en las Condiciones Particulares como "Incluidos". El Asegurado podrá elegir entre recibir dicha asistencia exclusivamente en los Centros Concertados o en Centros de Libre Elección, según se haya fijado en las Condiciones Particulares.

2.6 Pérdida, rotura o deterioro de los efectos personales

El Asegurador indemnizará hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares los efectos personales que llevará consigo el Asegurado y que sufriera algún daño a consecuencia de un accidente cubierto por este contrato y que le originen al Asegurado lesiones corporales que precisen asistencia médica. Los efectos personales serán indemnizados a Valor de Reposición a Nuevo.

No estarán garantizados por esta cobertura los objetos, aparatos o herramientas que pueda llevar el Asegurado con fines profesionales.

Artículo 3. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las garantías de esta póliza:

- a. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes, de acuerdo con la definición establecida en estas Condiciones Generales.
- b. Los accidentes ocurridos con anterioridad a la contratación de la presente póliza o la incorporación del Asegurado en la misma, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.
- c. Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado; el suicidio o tentativa de suicidio, las mutilaciones voluntarias o el envenenamiento, o los accidentes causados por contravenir las leyes reglamentarias y disposiciones particulares referidas a la seguridad de las personas.
- d. Los accidentes mortales causados o provocados intencionadamente por los beneficiarios de la póliza.
- e. Las personas con cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.
- f. Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, el infarto de miocardio o incluso las profesionales, a menos que se pruebe de manera fehaciente que fue consecuencia directa de un accidente garantizado.
- g. Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza; las hernias de cualquier clase, las consecuencias de los esfuerzos musculares, distensiones de ligamentos o lumbago, así como las varices, aunque esté cubierto el accidente que lo motive.

- h. Los accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte y como aficionado de boxeo, full-contac, rugby, judo o luchas de cualquier clase; escalada, espeleología, acceso a glaciares; actividades subacuáticas con equipos autónomos; deportes hípicos; deportes aéreos o aquellos que impliquen riesgo aéreo como paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor y similares; deportes que empleen armas de fuego; tiro con arco; toreo, rodeo o encierro de reses.
- i. La participación en carreras y/o competiciones, salvo las pedestres, apuestas o cualquier otra manifiestamente temeraria.
- j. Formar parte el Asegurado de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, así como ser pasajero en las de uso particular. No será de aplicación esta exclusión cuando viaje como pasajero de pago en aeronaves de cómo mínimo dos motores o helicópteros, legalmente autorizados para el transporte de viajeros.
- k. Los accidentes sufridos por estar embriagado o bajo la influencia de estupefacientes o drogas que no hayan sido prescritas o administradas por un médico, así como los acontecidos en caso de enajenación mental y/o sonambulismo.
- l. Los accidentes ocurridos como consecuencia de conducir un vehículo a motor sin estar en posesión del correspondiente permiso de conducir, así como todos los accidentes producidos como consecuencia del uso / conducción o como acompañante de motocicletas, ciclomotores o quads específicamente para la cobertura de asistencia sanitaria, salvo lo establecido en los seguros de convenio colectivo.
- m. La participación en acciones delictivas, duelos o riñas, salvo que sea en defensa propia. Esta exclusión no es de aplicación para los menores de 14 años.
- n. Viajes que tengan carácter de exploración.
- o. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o cualquiera de sus enfermedades asociadas, así como el estado de seropositividad por VIH.
- p. Duelos, desafíos y riñas, salvo en los casos de legítima defensa y salvamento de bienes o personas.
- q. Los daños corporales que puedan sufrir lo/s Asegurado/s con ocasión de guerra, revoluciones, motines, tumultos populares, conflictos armados o actos de terrorismo, así como por causas de naturaleza extraordinaria y cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.
- r. Estar calificados por el poder público de Catástrofe o Calamidad Nacional.
- s. La acción directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- t. Conflictos armados. En el extranjero quedarán cubiertos cuando el Asegurado se encuentre en el país con anterioridad a su inicio, y lo abandone no más tarde del decimocuarto día después de iniciados los mismos.

Art. 4

Artículo 4. PERSONAS NO ASEGURABLES

A efectos de la garantía de muerte los menores de 14 años y a todos los efectos los mayores de 70 años.

No podrían figurar como asegurados las personas invidentes, paralíticas o sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataque de “delirium tremens”. De presentarse durante la vigencia de la póliza alguna de estas dolencias, el seguro se considerará anulado e ineficaz desde el instante inmediatamente posterior a la primera manifestación de la misma.

Artículo 4 BIS. COBERTURA: ACCIDENTES CORPORALES DEL CONDUCTOR Y OCUPANTES DE AUTOMÓVILES

I. OBJETO

1. La presente cobertura cubre:
 - a. **A las personas transportadas:** Por los accidentes que las mismas puedan sufrir, relacionados con la circulación del autovehículo cuyas características se detallan en las Condiciones Particulares, en su calidad de viajeros y desde el momento que suben al mismo hasta el momento en que hayan descendido.
 - b. **Al conductor:** Por los accidentes que sufra, relacionados con la conducción del vehículo reseñado, así como los producidos durante las operaciones que efectúe, en caso de parada accidental del mismo para reemprender la marcha.
2. En todos los casos, para que las garantías del seguro surtan efecto, será preciso que el conductor posea el correspondiente permiso de conducción válido, y que no carezca de todos los demás requisitos prescritos por las Leyes.

II. EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS

La presente cobertura cubre a las personas de edad no inferior a cinco años estableciéndose que para las personas de 5 o más años y menos de 14, o incapacitados, sólo se cubre el caso de Invalidez Permanente los gastos de servicio médico así como en caso de fallecimiento, los gastos de sepelio hasta un reembolso de 601 €.

III. RIESGOS EXCLUIDOS DE ESTA COBERTURA

1. Quedan excluidos de las garantías de esta cobertura los accidentes:
 - a. Provocados intencionadamente.
 - b. Encontrándose el conductor bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de estupefacientes. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,8 gramos por mil, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esa causa.
 - c. Consecuencia de la participación en carreras, apuestas, concursos y en los entrenamientos y pruebas correspondientes.
 - d. Los derivados de guerra, insurrección, tumultos y motines.
 - e. Los derivados directa o indirectamente de la reacción nuclear, radiación o contaminación radioactiva.
2. Si en el momento de ocurrencia de un accidente cubierto por el seguro, viajasen por excepción en el vehículo mayor número de personas que las correspondientes al número de asientos declarados en el seguro, la suma total de los capitales garantizados para el vehículo se repartirá entre las personas efectivamente transportadas, y la indemnización para cada persona afectada por el accidente se calculará entonces sobre el nuevo capital, por persona, que resulte de dicho reparto, en el cual no se computarán las personas menores de cinco años.

IV. CRITERIO DE INDEMNIZACIÓN

El Asegurador liquida la indemnización por las consecuencias directas y exclusivas del accidente que sean independientes de condiciones físicas y patológicas preexistentes o sobrevenidas; por tanto, la influencia que el accidente puede haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación

de las lesiones producidas por el accidente, son consecuencia indirectas y por consiguiente no indemnizables.

En los casos de mutilación o defectos físicos preexistentes, la indemnización por Invalidez Permanente se liquida únicamente por las consecuencias directas ocasionadas por el accidente como si éste hubiese afectado a una persona físicamente íntegra, sin tomar en consideración el mayor perjuicio derivado de las condiciones preexistentes.

V. MUERTE

1. Si el accidente tiene como consecuencia la Muerte del Asegurado y ésta se produce de una año a contar del día en que ocurrió el accidente, el Asegurador paga a los Beneficiarios, el capital asegurado para el caso de Muerte.

No obstante, y aunque el fallecimiento ocurra transcurrido dicho plazo, el Asegurador, satisfará también el capital asegurado si el Beneficiario prueba que la muerte ha sido consecuencia del mismo accidente.

2. El pago se efectuará en un plazo de cinco días a contar desde el momento de la presentación por parte de aquellos del certificado literal de defunción, de la carta de pago o exención de derechos de sucesión y el último testamento del fallecido o en su defecto, declaración de herederos abintestato.

En el caso previsto en el segundo párrafo del apartado 1 de este epígrafe se exigirá también la aportación de la prueba prevista en el mismo.

VI. INVALIDEZ PERMANENTE

1. Se entiende por Invalidez Permanente la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro de los señalados en este artículo.
2. Si el accidente tiene como consecuencia una Invalidez Permanente y la misma se produce dentro de un año a contar del día en que se produjo el accidente o, de producirse después, pruebe el interesado que deriva de aquél, el Asegurador satisface, por tal concepto y con los requisitos del párrafo último de este artículo, una indemnización calculada sobre el capital asegurado para Invalidez Permanente según los porcentajes y disposiciones siguiente:

Por la pérdida total	Dcho.	Izq.	
De la extremidad superior	70%	60%	
De la mano o del antebrazo	60%	50%	
De una extremidad inferior por encima de la rodilla			60%
De una extremidad inferior a la altura o debajo de la rodilla			50%
Del pulgar			22%
Del índice	15%	12%	
Del meñique	12%	10%	
Del medio	8%	6%	

Por la pérdida total	Dcho.	Izq.	
Del anular	8%	6%	
Del dedo gordo del pie			8%
De cualquier otro dedo del pie			8%
Por la sordera completa de un oído			3%
Por la sordera completa de ambos oídos			10%
Por la pérdida total de la visión de un ojo			40%
Por la pérdida total de la de ambos ojos			30%
Por la enajenación mental absoluta e incurable			100%
Por la enajenación mental absoluta e incurable			100%

3. La pérdida absoluta o irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. Si se trata de disminución, los porcentajes arriba indicados se reducen en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

En el caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad en un mismo accidente, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, hasta el límite máximo del 100%.

Para cada falange terminal de los dedos, excluido el pulgar, se considera Invalidez Permanente únicamente la amputación total. La indemnización por la pérdida funcional o anatómica de una falange del pulgar se establece en la mitad: por la pérdida anatómica de una falange del dedo gordo del pie en la mitad, y por la de una falange de cualquier otro dedo en un tercio del porcentaje establecido por la pérdida total del dedo respectivo.

4. En los casos de Invalidez Permanente no específica en el cuadro que antecede, la indemnización se establece teniendo en cuenta de acuerdo con los porcentajes de los casos relacionados, el grado de disminución permanente de la capacidad genérica del Asegurado para cualquier trabajo provechoso con independencia de su profesión.

En el caso de pérdida anatómica o disminución funcional de un órgano o de una extremidad ya disminuida, los porcentajes arriba indicados se reducen teniendo en cuenta el grado de invalidez preexistente.

5. Aceptado por el Asegurador y por el Asegurado el grado de invalidez fijado en el certificado médico o, en su caso de discrepancia, en base al que resulte del procedimiento del artículo 13, el Asegurador hará efectiva en el plazo de cinco días la indemnización debida.

VII. PROTESIS

En el caso de Invalidez Permanente sobrevinida al Asegurado accidentado como consecuencia del accidente garantizado por la presente cobertura, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurado pagará el importe que alcance la

primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de Invalidez Permanente y con un límite máximo de 300 €.

VIII. SERVICIO MÉDICO

- a. El asegurador, aun cuando el accidente no produzca Invalidez Permanente o Muerte, reembolsará al Asegurado, previa aportación de los oportunos comprobantes, los gastos que el mismo haya efectivamente sostenido por la Asistencia Sanitaria, en el bien entendido que la cantidad de reembolso a cargo del Asegurador no podrá ser superior, en ningún caso y por todos los conceptos de la prestación, al límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, no obstante serán a cargo del Asegurador las necesarias asistencias de carácter urgente.

La citada garantía se refiere única y exclusivamente al tratamiento médico-quirúrgico-farmacéutico y de clínica y hospitalario específicamente necesario para la curación de las lesiones sufridas.

- b. Extensión de cobertura: en caso de enfermedad sobrevenida al Asegurado en el extranjero (Europa y países ribereños del Mediterráneo), el Asegurador reembolsará en España los importes que haya debido satisfacer para hacer frente al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos hasta el límite máximo de 1.500 € por siniestro.

No darán lugar a reembolso:

Los gastos correspondientes a una recaída de enfermedad (o accidente) anteriormente contraída a una enfermedad mental objeto de tratamiento con anterioridad, así como las curas termales.

Los gastos ocasionados por el diagnóstico o tratamiento de un estado fisiológico (por ejemplo, embarazo) conocido antes de la fecha de inicio del viaje, a menos que sea una complicación clara e imprevisible.

- > Los tratamientos ordenados en España y, en todo caso, los gastos consecutivos a embarazo después del sexto mes.
- > El coste de gafas, lentes de contacto, aparatos ortopédicos y prótesis en general.
- > Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos que hayan de satisfacerse en España a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido en el extranjero.
- > Cualquier tipo de gasto médico farmacéutico inferior a 18 €.

El Asegurador procederá al reembolso de los gastos médicos efectuados por el Asegurado una vez que le hayan sido presentados los documentos acreditativos de los desembolsos realizados.

IX. ACUMULACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Si después del pago de una indemnización por Invalidez Permanente y como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la Suma Asegurada para el caso de muerte, si ésta es superior.

Art. 5

Artículo 5. ÁMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente contrato surtirán efectos en cualquier lugar del mundo, siempre que el domicilio habitual del Asegurado se encuentre en España, excepto lo previsto en el apartado i) del artículo 3.

Art. 6

Artículo 6. BASES DEL CONTRATO

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador de Seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del contrato, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados a las personas y garantías en el mismo especificados.

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.

Art. 7

Artículo 7. EFECTO DEL SEGURO

La cobertura pactada surtirá efecto en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre que la póliza se encuentre firmada por ambas partes y el Tomador del Seguro haya satisfecho la primera o única prima, salvo pacto en contrario. En caso de demora en el cumplimiento de estos dos requisitos, las obligaciones del Asegurador no empezarán hasta las veinticuatro horas del día en que ambos hayan sido cumplidos.

Art. 8

Artículo 8. DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento se prorrogará por un nuevo periodo de un año, y así en lo sucesivo.

Las partes podrán oponerse a la prórroga del Contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de un mes si la realiza el Tomador o de dos meses de antelación si la oposición la realiza el Asegurador, a la conclusión del período del seguro en curso.

En todo caso, el seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla los 70 años.

Art. 9

Artículo 9. PAGO DE LA PRIMA

El tomador del Seguro 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 los correspondientes vencimientos.

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

La prima se fijará en función del sistema de cobertura de indemnizaciones solicitadas por el Asegurado, y por tanto podrán ser:

- > Constantes durante la vigencia del seguro.
- > Revalorizable anualmente, en un 15% o 20%, a partir de la segunda anualidad.
- > Revalorizable automáticamente mediante índice variable.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares se aplicarán las siguientes normas:

- a. El obligado al pago de la prima entregará a la Compañía carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla, en este caso se deberá notificar al Asegurado esta circunstancia.
- c. Si la compañía dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacerse su importe en el domicilio del Tomador del Seguro.

Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Art. 10

Artículo 10. MODIFICACIONES DEL RIESGO

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agravan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo hubiera celebrado o lo hubiera concluido en condiciones más gravosas.

El Tomador deberá comunicar al Asegurador las siguientes modificaciones del riesgo:

- > El cambio de actividad u ocupación de cualquier Asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo de accidente respecto a la situación declarada previamente al Asegurador.
- > La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos no amparados por la presente póliza.

El Asegurador puede en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En tal caso el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede transcurrido dicho plazo rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado hubiera obrado de mala fé, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

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

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

El Tomador deberá comunicar al Asegurador la existencia de cualquier otro seguro de accidentes sobre el mismo Asegurado. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador reclame los daños y perjuicios que de ellos pudieran derivarse, si bien no implicará reducción alguna de las sumas aseguradas.

Art. 11

Artículo 11. DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más alto.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

- a. Enviar al Asegurador, en caso de Invalidez Temporal, en periodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.
- b. Permitir la visita de los peritos médicos de la Compañía así como cualquier averiguación o comprobación que ésta considere necesaria.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, salvo que se pruebe que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderá el derecho a la indemnización.

Art. 12

Artículo 12. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir con las prescripciones y diligencias necesarias para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivarse de esa circunstancia.

Art. 13

Artículo 13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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 invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

- > En la Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta, que determinen esta incapacidad, así como su duración.
- > En la Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.
- > En la de Fallecimiento, las partidas de nacimiento y defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Actos de Última voluntad y, si existiera testamento, certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del Seguro, los documentos que acrediten la personalidad de los Beneficiarios y la carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

En el supuesto de que por demora de la Entidad en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado o los Beneficiarios se vieran obligados a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20 por 100 anual, más los gastos del proceso, conforme a la Ley de Contrato de Seguro.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro la Entidad no hubiere pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual.

No obstante lo anterior, la Entidad queda autorizada a retener aquella parte del capital asegurado en que de acuerdo con las circunstancias por ella conocidas, se estime la deuda tributarla resultante en la liquidación del Impuesto General sobre Sucesiones.

La prestación garantizada para caso de Muerte, será satisfecha a los beneficiarios indicados en la póliza, o a sus herederos legales, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario designado ni reglas para su determinación.

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

Art. 14**Artículo 14. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ**

En caso de desacuerdo respecto al grado de invalidez entre el Asegurador y el Tomador y/o Asegurado se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerla en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

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

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

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

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurador y del Asegurado. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Art. 15**Artículo 15. SUBROGACIÓN**

El Asegurador en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de Asistencia Sanitaria y de conformidad con el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, 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.

Art. 16**Artículo 16. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN**

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar el Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

Art. 17**Artículo 17. PRESCRIPCIÓN**

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

Art. 18**Artículo 18. JURISDICCIÓN**

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 mismo, el del domicilio del asegurado, para lo cual este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo era en el extranjero.

Art. 19**Artículo 19. COMUNICACIONES**

Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizaran a un agente del asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado, al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado al asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Art. 20**Artículo 20. 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 en 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:

- 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 pudieron 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.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Se entiende por 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 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 la 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

Las coberturas 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.

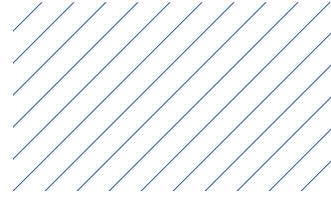
4. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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, o bien a través del teléfono 902 222 665. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del consorcio www.conorseguros.es, o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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

Agosto 2020







Mutua Tinerfeña
SEGUROS

www.mutuatfe.es

