

ACLARACIÓN A LOS USUARIOS DE MOTOPOLIZA.COM SOBRE LAS
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES:

Un contrato de seguro suele consistir de las condiciones generales y las particulares.

Las condiciones particulares prevalecen siempre sobre las generales.

En el caso de la póliza de accidentes de Hubener hay tres puntos concretos que se aclaran en las condiciones particulares:

- El seguro es válido para todas las edades, incluido menores de edad
- El seguro es válido para pilotos de motos de todas las cilindradas.
- El seguro es válido para todos los circuitos de campo y asfalto de España y Portugal. Sin embargo se ha dado el caso en que la organización o propietarios de algún circuito ha exigido que los pilotos contraten el seguro que ellos comercializan. Si sólo ruedas en un circuito, pregúntaselo para salir de dudas.

SEGURO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre), la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado del mismo día) y sus modificaciones posteriores, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato.

► Artículo Preliminar – Definiciones

Compañía Aseguradora :

HUEBENER VERSICHERUNGS-AG, Compañía de Seguros autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) con registro clave L0766, actuando en Régimen de Libre Prestación de Servicios, se rige por lo dispuesto en la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de 20 de Noviembre de 1998 y demás normativas que pudieran ser de aplicación y por lo establecido en las Condiciones Particulares, en las Especiales, en su caso, junto con sus Apéndices, suplementos o anexos.

El Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora y dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la Bafin, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn, Alemania.

LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS QUE APARECEN DESTACADAS EN ESTE CONDICIONADO GENERAL (ÍNTegramENTE TRANSCRITAS EN EL CONDICIONADO PARTICULAR) HAN SIDO ESPECÍFICAMENTE ACEPTADAS POR EL TOMADOR DEL SEGURO COMO PACTO ADICIONAL A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO PRELIMINAR - Definiciones de los elementos del contrato

Para los efectos de este contrato se entiende por:

ASEGURADOR:

HÜBENER VERSICHERUNGS AG, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza.

TOMADOR:

La persona física o jurídica que, juntamente con la Aseguradora, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado y/o el Beneficiario/s.

ASEGURADO:

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro, que reúna las correspondientes condiciones de adhesión requeridas y que en defecto del Tomador asume las obligaciones derivadas del contrato.

BENEFICIARIO:

La persona física o jurídica designada como titular del derecho a la indemnización. El beneficiario será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario, en las Condiciones Particulares de la Póliza.

PÓLIZA:

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- La solicitud de adhesión, la declaración de salud y el cuestionario de actividades.
- Las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida y extinción del contrato.
- Las Condiciones Particulares y sus Anexos que individualizan el riesgo, recogen los datos propios o individuales que afectan a las personas que integran el contrato, así como las cláusulas que por voluntad partes completan o modifiquen las Condiciones Generales en los términos que sean permitidos por la Ley.

- Las Condiciones Especiales, si procediesen y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

FRANQUICIA:

Número de días consecutivos, contados desde el día en que se produce el siniestro, durante los cuales no se abona indemnización alguna, de acuerdo con lo pactado por las partes en las Condiciones Particulares. La franquicia únicamente será de aplicación para la garantía de Incapacidad Temporal por Accidente.

SINIESTRO:

Es la ocurrencia de un hecho indemnizable según la naturaleza y alcance de la cobertura.

INDEMNIZACIÓN:

Es el importe que deberá satisfacer la Aseguradora al Beneficiario en caso de siniestro, a tanto alzado o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas, de acuerdo con) o previsto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ACCIDENTE:

Lesión corporal derivada de un hecho violento, súbito, fortuito, externo y no intencionado, que produzca en el Asegurado alguna de las Garantías suscritas y expresamente incluidas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

MUERTE:

Fallecimiento del Asegurado, durante el contrato, como consecuencia de un accidente a los efectos de esta póliza.

INVALIDEZ DEFINITIVA:

Pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado como consecuencia de un accidente, de carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite, de modo definitivo, para todo trabajo y actividad laboral o profesional, aún con fines terapéuticos.

La Invalidez Definitiva no podrá ser contratada separadamente de la garantía de Muerte por Accidente. En todo caso, se podrá contratar en las Condiciones Particulares de esta póliza la Invalidez Parcial de conformidad con el baremo contenido en estas Condiciones Generales.

INVALIDEZ PROFESIONAL:

Pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado como consecuencia de un accidente, de carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite, de modo definitivo, para la realización de su trabajo o profesión habitual especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La Invalidez Profesional no podrá ser contratada separadamente de la garantía de Muerte por Accidente.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:

La muerte por Accidente del Asegurado en alguno de los siguientes supuestos:

- Como peatón, causado por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres de motor.
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

El Fallecimiento por Accidente de Circulación no podrá ser contratado separadamente de la garantía de Muerte por Accidente.

INVALIDEZ DEFINITIVA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:

Pérdida orgánica o funcional, de carácter permanente e irreversible, de los miembros y facultades del Asegurado a consecuencia de un accidente de circulación en los términos descritos en el apartado anterior, cuya intensidad le incapacite de modo definitivo para todo trabajo y actividad laboral o profesional, aún con fines terapéuticos.

La Invalidez Definitiva por Accidente de Circulación no podrá ser contratada separadamente de las garantías de Muerte por Accidente e Invalidez Definitiva.

La Invalidez Definitiva por Accidente de Circulación no podrá ser contratada por los profesionales del transporte.

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE:

En caso de accidente cubierto por esta póliza y durante un periodo máximo de 365 días, serán de cuenta de la Aseguradora la totalidad de los gastos médicos y de estancia en hospitales o clínicas en que incurra el Asegurado, siempre y cuando la garantía de Asistencia Sanitaria haya sido expresamente pactada en las Condiciones Particulares y la curación se lleve cabo exclusivamente por los Facultativos y/o establecimientos designados por la Aseguradora.

Si la asistencia sanitaria al Asegurado es prestada por médicos y/o establecimientos diferentes a los recomendados por la Aseguradora, los gastos por este concepto a cargo de aquélla no podrán exceder del 10% del capital asegurado para caso de muerte, con un máximo de 600E, y en las mismas condiciones en cuanto a duración descritas en el párrafo anterior.

En cualquier caso, estos límites podrán ser modificados en las Condiciones Particulares de la póliza.

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

Si la Incapacidad Temporal está pactada en las Condiciones Particulares, la Aseguradora, en caso de accidente cubierto por esta póliza y durante un periodo máximo de 365 días, pagará al beneficiario la indemnización acordada por cada día que el Asegurado se halle incapacitado transitoriamente para su actividad laboral o profesional, de acuerdo con el control del Equipo Médico designado por la Aseguradora.

PRIMA:

Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en cada momento.

EDAD:

La edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo a partir de la fecha de efecto del contrato.

ARTÍCULO 1º - Objeto del seguro

A cambio del pago de la prima y en los términos contratados en la presente póliza, la Aseguradora asume la cobertura de las siguientes garantías:

A) MUERTE POR ACCIDENTE

Se considera como tal, el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un hecho violento, súbito, fortuito, externo y no intencionado.

La Aseguradora garantiza en estos casos el pago al Beneficiario designado por el Asegurado de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza, tanto si el fallecimiento se produce con carácter inmediato al acaecimiento del accidente, como si se produce con posterioridad, dentro del plazo de UN AÑO a partir de la fecha del accidente y como consecuencia directa del mismo.

El Tomador y/o Beneficiario deberán aportar certificación médica acreditativa de que el fallecimiento del asegurado se ha producido como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

Si el Asegurado no hubiera efectuado en el contrato designación expresa de Beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

- 1º Cónyuge.
- 2º Hijos por partes iguales.
- 3º Padres por partes iguales o, en su caso, el superviviente de ambos.
- 4º A falta de estos, a quien corresponda de acuerdo con las Normas Generales del Derecho Común.

B) INVALIDEZ DEFINITIVA

Se considera como tal, la pérdida orgánica o funcional, con carácter permanente e irreversible, de los miembros y facultades del Asegurado a consecuencia de un accidente a los efectos de esta póliza, cuya intensidad le incapacite de modo definitivo para todo trabajo y actividad laboral o profesional.

La Aseguradora garantiza en estos casos el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza, tanto si la invalidez se produce con carácter inmediato al acaecimiento del accidente como si se produce con posterioridad, dentro del plazo de UN AÑO a partir de la fecha del accidente y como consecuencia directa del mismo.

La comprobación y determinación de la invalidez se efectuará por la Aseguradora después de examinar la documentación, pruebas y/o certificados médicos que solicite a efectos de conocer la realidad del siniestro o la indemnización a satisfacer.

En todo caso, la Aseguradora queda facultada para someter al Asegurado a los reconocimientos médicos que estime oportunos por parte del Equipo Médico que ella designe.

El pago anticipado por Invalidez, excepto Invalidez Parcial, implica la extinción automática del contrato, quedando la Aseguradora eximida de cualquier otra obligación posterior.

C) INVALIDEZ PARCIAL

Se considera como tal la indemnización que, en caso de ser contratada en las Condiciones Particulares, concede la Aseguradora para el caso de que el Asegurado sufriera una invalidez parcial definitiva como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

La indemnización a pagar en estos casos será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los siguientes porcentajes:

DESCRIPCIÓN	%Dcho	% Izdo
Pérdida total del brazo o de la mano	60	50
Pérdida total del movimiento del hombro	25	20
Pérdida total del movimiento del codo	20	15
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20	15
Pérdida del pulgar y el índice de la mano	30	15
Pérdida total de tres dedos de la mano, comprendidos el pulgar y el índice	30	15
Pérdida total de dos de estos últimos dedos de la mano	15	12
Pérdida total de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida total del pulgar y de otro dedo de la mano que no sea el índice	20	15
Pérdida total del índice y de otro dedo de la mano que no sea el pulgar	15	10
Pérdida total del índice sólo de la mano	10	8
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique de la mano		50
Pérdida total de una pierna o de un pie		30
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30
Ablación de la mandíbula inferior		30
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular a la mitad		25
Sordera completa e incurable de los dos oídos		40
Sordera completa de un oído		10
Pérdida total del movimiento de una cadera, rodilla o de un tobillo		20
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior		15
Pérdida total del pulgar del pie		10
Pérdida total de otro dedo del pie		3

En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Parcial sobreviniera en el Asegurado la Muerte o Invalidez Definitiva, las cantidades satisfechas por la Aseguradora se considerarán abonadas a cuenta de la suma total asegurada por estos conceptos.

D) INVALIDEZ PROFESIONAL

Se considera como tal la indemnización que, en caso de ser contratada en las Condiciones Particulares, abonará la Aseguradora si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado sufre la pérdida orgánica o funcional de sus miembros o facultades, con carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite para la realización de su trabajo habitual especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

E) OTRAS GARANTÍAS

El Asegurado podrá contratar expresamente en las Condiciones Particulares las prestaciones correspondientes a Fallecimiento e Invalidez Definitiva por Accidente de Circulación, Asistencia Sanitaria por Accidente e Incapacidad Temporal por Accidente, todo ello de conformidad con los requisitos y límites recogidos en las Condiciones Generales de esta póliza.

ARTÍCULO 2º - Delimitación del riesgo: hechos excluidos del seguro

1. No se concederán indemnizaciones, al no ser objeto del contrato y no quedar cubiertos por la Aseguradora, los siguientes hechos:

A) Los que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en el artículo preliminar, así como los que violen cualquier disposición legal.

B) Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o en estado de enajenación mental o sonambulismo.

C) Las Autolesiones, causadas consciente o inconscientemente.

D) Las consecuencias derivadas de enfermedades existentes o accidentes acaecidos con anterioridad a la Entrada en vigor de esta póliza, aunque sólo se manifiesten tras su vigencia.

E) Los actos lesivos provocados intencionadamente por el Asegurado, como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente, etc.

F) Las lesiones derivadas del uso de ciclomotores y motocicletas superiores a 125 CC, salvo que se pacte expresamente su inclusión y el Tomador pague la sobreprima correspondiente.

G) Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.

H) Los acontecimientos de carácter extraordinario o catastrófico entre ellos:

a) Los de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.

b) Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, así como medidas de carácter militar.

c) Los que sean consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra, y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos.

I) Los siniestros producidos como consecuencia de:

a) Ejercicio profesional y/o con carácter de competición de cualquier tipo de deporte, teniendo carácter de competición el ejercicio de un deporte para el cual el Asegurado se halle inscrito en la Federación correspondiente.

b) Ejercicio no profesional de deportes arriesgados, incluida: la práctica de deportes de artes marciales y lucha corporal, tales como boxeo, karate, y otros análogos.

J) Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y eventos cerebro vasculares, así como las lesiones corporales y consecutivas a operaciones realizadas por el Asegurado sobre sí mismo.

K) Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

L) Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares, cervicales y el lumbago.

M) Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.

N) Las enfermedades infecciosas (salvo que la penetración del virus en el cuerpo venga dada por una lesión producida por accidente cubierto en la póliza), entre otras la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos.

O) Las lesiones causadas por los rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.

2. Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, sólo si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

3. En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morbozo preexistentes o sobrevenidos después de ocurrir aquél y por una causa independiente del mismo, la Aseguradora sólo responderá de los efectos reales del accidente que habría probablemente tenido, sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morbozo.

ARTÍCULO 3º - Declaraciones sobre el riesgo

La presente póliza se concierta sobre la base de las declaraciones del Tomador y/o Asegurado, formuladas y cumplimentadas en la Solicitud de Adhesión y en la Declaración de Salud que han determinado la aceptación del riesgo por la Aseguradora y el cálculo de la prima correspondiente. La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, forman parte integrante del contrato, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

Lo especificado anteriormente motiva la aceptación del riesgo por la Aseguradora y, por consiguiente, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la Fijación de la prima.

El Tomador debe cumplimentar y firmar una Declaración de Salud (Cuestionario Médico) sobre cuya base la Aseguradora se pronuncia y decide suscribir la Póliza. La Aseguradora puede solicitar, por tanto, cuando lo estime oportuno, un examen médico del Asegurado u otras informaciones complementarias y tiene derecho a excluir la totalidad o parte de los riesgos o a proponer una sobreprima por un riesgo considerado excesivamente grave.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro y/o el Asegurado podrá reclamar a la Aseguradora, 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 y/o el Asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el Cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

La Aseguradora puede rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador y/o el Asegurado en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud de dicha Declaración de Salud. La Aseguradora puede ejercitar dicha facultad cuando la reserva o inexactitud influya directa o indirectamente en la valoración del riesgo y aun cuando las circunstancias o hechos omitidos por el Tomador- y/o el Asegurado no sean causa directa del siniestro que, en su caso, se haya producido. Corresponderán a la Aseguradora las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviniere antes que la Aseguradora haga esta declaración, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o el Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

ARTÍCULO 4º- Obligación de información al concertar el seguro y durante su vigencia

El Tomado del Seguro y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar durante el curso del contrato a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo contempladas en la Solicitud de Adhesión o en la Declaración de salud y que, por su naturaleza, de haber sido conocidas por la Aseguradora en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o hubiera sido concluido en condiciones más gravosas.

Tienen, a estos efectos, la consideración de circunstancias agravatorias del riesgo:

- a) El cambio de ocupación o de actividad profesional del Asegurado, aún con carácter temporal, que implique un mayor índice de siniestralidad.
- b) La invalidez o incapacidad de tipo permanente y las enfermedades de tipo crónico sobrevenidas por hechos no amparados por esta póliza. Si se produce un cambio de profesión o cualquier otra circunstancia que pueda suponer una agravación del riesgo será de aplicación lo establecido en el artículo 5º. 1. Si por el contrario supone una disminución de riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 6º.

Las anteriores obligaciones comienzan al concertar el seguro, para cuya conclusión habrá declarado el Tomador del seguro y/o el Asegurado a la Aseguradora, todas las circunstancias por él conocidas, que puedan influir en la valoración del riesgo.

ARTÍCULO 5º - Agravación del riesgo durante el contrato

1. En caso de que el Tomador del Seguro y/o el Asegurado comunique a la Aseguradora la concurrencia de una circunstancia agravatoria del riesgo, ésta podrá proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada.
En este caso, el Tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha excluidas las referidas circunstancias de agravación del riesgo en la cobertura del seguro, salvo pacto en contrario.
2. La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

ARTÍCULO 6º - Disminución del riesgo durante el contrato

1. El Tomador del seguro y/o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en las condiciones más favorables para el Tomador del seguro y/o el Asegurado.
2. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, la Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.
3. Si la Aseguradora no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 7º - Personas excluidas del seguro

1. No serán asegurables las personas menores de 14 años o las personas legalmente incapacitadas, a tenor de lo dispuesto en la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.
2. No serán asegurables las personas mayores de 60 años. Si el Asegurado cumple la edad de 65 años estando vigente el contrato, se extinguirán automáticamente las garantías de la póliza, correspondiendo al Tomador la parte de prima proporcional al periodo en curso.

ARTÍCULO 8º - Ámbito territorial

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo, salvo para las garantías de Incapacidad Temporal por Accidente y Asistencia Sanitaria por Accidente que sólo quedan garantizadas en España.

ARTÍCULO 9º - Revalorización automática

Se podrá pactar a solicitud del Tomador, haciéndose constar en las Condiciones Particulares, que las indemnizaciones garantizadas por el presente contrato serán modificadas automáticamente al vencimiento de cada prima anual.

El porcentaje de aumento aplicado y los nuevos importes de los capitales garantizados, así como la nueva prima, se consignarán en el recibo de prima o mediante comunicación eficaz al Tomador del seguro, y serán las garantizadas durante el periodo a que tal recibo se refiere.

No obstante, el Tomador del seguro podrá, dentro de las normas de las Condiciones Generales de la póliza, mantener los capitales garantizados establecidos al firmar la póliza, modificarlos, disminuyéndolos o aumentándolos, así como renunciar a la revalorización automática prescindiendo de las elevaciones previstas en este artículo, mediante carta certificada dirigida a la Aseguradora.

ARTÍCULO 10º - Perfección, efectos y duración del contrato

A. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado mediante la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

a. Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

B. El presente contrato tendrá la duración que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a una nueva anualidad, y así sucesivamente al término de cada año. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, teniendo que ser cursada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo en curso.

b. La prórroga tácita no es aplicable a las pólizas contratadas con una duración inferior a un año. En estos casos, el Tomador podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término, tomando la misma efecto en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima. En este caso La Aseguradora se reserva la facultad de aceptar o no tal prórroga, la cual, de llevarse a cabo, se instrumentará mediante Suplemento o Apéndice a las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 11º- Pago de la prima

1. PERÍODO DE TIEMPO PARA EL PAGO DE LOS RECIBOS DE LA PRIMA:

La prima es única, sin perjuicio de que su pago pueda hacerse con carácter anual o trimestral. El primer pago es exigible desde el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de prima, en caso de pago periódico, deben hacerse efectivos a sus respectivos vencimientos.

2. PRIMAS SUCESIVAS:

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera se aplicará el mismo régimen que a) de primas sucesivas.

ARTÍCULO 12º - Pago de las indemnizaciones

1. Obligación de información:

El Tomador del seguro y/o el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de SIETE DÍAS, contados a partir de la fecha en que le fue conocido.

Asimismo, el Tomador del seguro y/o en su caso el Asegurado, deberá minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro y/o del Asegurado, la Aseguradora quedará igualmente liberada de toda prestación derivada del mismo.

El pago anticipado por Invalidez, excepto Invalidez Parcial, implica la extinción automática del contrato, quedando la Aseguradora eximida de cualquier otra obligación posterior.

2. Tramitación del siniestro:

El Tomador del seguro y/o el Asegurado, deberán aportar en primer lugar certificación médica acreditativa de su situación, sin perjuicio de lo cual, la comprobación y determinación de la situación del Asegurado corresponde a la Aseguradora que queda facultada, en todo caso, para exigir al Asegurado ser reconocido por el Equipo Médico que designe al efecto.

Para tener derecho a la indemnización, el Asegurado deberá remitir a la Aseguradora los documentos Justificativos que corresponda según la garantía concreta de que se trate:

A) MUERTE POR ACCIDENTE:

1. Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil Correspondiente y hecha o certificado de nacimiento.
2. Certificado o Informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que haya originado su fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
3. Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario/s mediante testamento o declaración legal de herederos.
4. Carta de pago o Autoliquidación provisional del Impuesto sobre Sucesiones, debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda. En su caso, la documentación legal exigible a efectos tributarios.
5. La póliza del seguro, los Anexos y el último recibo de prima satisfecho.

B) INVALIDEZ DEFINITIVA O PROFESIONAL POR ACCIDENTE:

1. La petición del capital por Invalidez Definitiva o Profesional se formulará mediante escrito o cumplimentaron del cuestionario de solicitud establecido al efecto por la Aseguradora por parte del interesado o de su representante legal, si no pudiera hacerlo, a la que se acompañará informe del médico o médicos que le asistan, en cuyo informe se hará constar, clara y terminantemente, el diagnóstico y pronóstico del estado patológico del paciente y la causa o causas determinantes del mismo.
2. El Asegurado deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Aseguradora designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización. Los gastos en concepto de honorarios, así como de desplazamiento y estancias que con tal motivo se ocasionen, correrán de cuenta del Asegurado. La Aseguradora, en vista del expediente, adoptará el acuerdo de ampliación de informe, de concesión o denegación, según proceda, a cuyo efecto queda totalmente facultada.
3. La póliza del seguro, los Anexos y el último recibo de prima satisfecho.

C) INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

El Tomador reconoce que el incumplimiento de esta obligación (Le., retraso en la comunicación del siniestro) imposibilita a la Aseguradora evaluar la situación real del Asegurado y efectuar un seguimiento del desarrollo de su baja por accidente. Por ello, ambas partes pactan, a modo de cláusula penal, que el periodo de tiempo superior a SIETE DÍAS durante el cual la Aseguradora esté privada del conocimiento del acaecimiento del siniestro, sólo dará derecho al Asegurado a una indemnización diaria equivalente a la mitad de la contratada.

3. Devengo y pago de la indemnización:

La indemnización será devengada desde el día siguiente a la Franquicia Fijada en las Condiciones Particulares, después del comienzo de la incapacidad o a partir de la fecha de recepción del parte de siniestro, si es posterior y siempre que se den las condiciones para su devengo.

El devengo continúa hasta el fin del periodo de cobertura contratado sin poder sobrepasar la fecha de fallecimiento del Asegurado o la fecha en que cumpla la edad de 65 años o sea declarado en situación de invalidez o de jubilación.

Cesará el derecho a devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado, según el criterio del Equipo Médico designado por la Aseguradora, pueda reanudar su actividad profesional habitual pues la baja objeto del presente contrato es absolutamente independiente del periodo de baja que, en su caso, otorgue al Asegurado la Seguridad Social. El pago se realizará el día del alta correspondiente, quedando éste expresamente excluido.

De todas formas el proceso normal será:

1. Remitir a la Aseguradora un certificado de baja suscrito por el médico que asista al Asegurado, consignando el nombre, apellidos, domicilio y profesión del mismo; el diagnóstico del proceso y cuál ha sido el accidente origen de la Incapacidad o, en su caso, el parte de siniestro establecido al efecto por la Aseguradora.
2. Remitir con la periodicidad que la Aseguradora fije en cada caso, un parte médico que acredite la continuidad de la baja o incapacidad temporal.
3. Someterse a los reconocimientos médicos que el Equipo Médico designado por la Aseguradora considere necesarios.
4. Remitir el parte médico de alta seguidamente de producirse ésta, o bien dar su conformidad al que la Aseguradora extienda, si aún no se hubiere formulado aquélla.

D) ASISTENCIA SANITARIA:

1. Remitir en la Aseguradora todos los informes médicos de la asistencia médica consignando el diagnóstico, pronóstico del proceso y cuál ha sido el accidente origen de la asistencia, o en su caso, el parte siniestro establecido al efecto por la Aseguradora.
2. Remitir a la Aseguradora las facturas acreditativas del tratamiento una vez finalizado.

ARTÍCULO 13º - Extinción y nulidad del contrato

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la Aseguradora hará suya la parte proporcional de prima al periodo en curso. El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera acaecido con anterioridad el siniestro.

ARTÍCULO 14º - PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Instancias de reclamación:

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito contra la entidad, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y del Partícipe, así como en cualquier oficina abierta al público de la entidad.

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

ARTÍCULO 15º - TRÁMITE PERICIAL

De acuerdo con el trámite pericial previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Asegurado puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándoselo por escrito a la Aseguradora. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Aseguradora no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

ARTÍCULO 16º - Comunicaciones

Las comunicaciones a la Aseguradora se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones al Tomador y/o Asegurado se realizarán en el domicilio de éstos recogidos en la póliza, salvo que el cambio de domicilio se hubiere notificado a la Aseguradora de modo fehaciente. El Tomador se encuentra obligado, durante toda la duración del contrato, a la actualización permanente de sus datos e información proporcionada al contratar el seguro, así como, en su caso, de los datos e información proporcionada del beneficiario, comunicando las variaciones de dichos datos e información que pudieran producirse. De no mediar comunicación de variaciones, la Aseguradora entenderá que los datos e información actualizados del Tomador y del Asegurado son los que se proporcionaron en el momento de suscripción del seguro.

ARTÍCULO 17º - Tratamiento de datos de carácter personal

Todos los datos personales de los tomadores, asegurados y beneficiarios, incluidos en su caso los de salud del asegurado, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será HUEBENER VERISCHERUNGS AG.

Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para la gestión y liquidación de siniestros, así como a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, imposibilitándose el mantenimiento del seguro en caso contrario.

Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado conforme al procedimiento general establecido al efecto.

CLAUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- A) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- B) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- C) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS.

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- 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.
- D) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- E) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- F) Los derivados de la energía nuclear.
- G) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- H) Los causados por actuaciones 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, así como durante el transcurso de huelgas legales.
- I) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- J) Los causados por mala fe del asegurado.
- K) Los producidos antes del pago de la primera prima.
- L) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.

- M) Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

3. FRANQUICIA.

En los seguros contra daños será de un 10% de la cuantía del siniestro, no pudiendo exceder del 1% de la suma asegurada ni ser inferior a 150,25 euros. El citado límite inferior no será de aplicación cuando la suma asegurada sea igual o inferior a 15.025,30 euros. En los supuestos en que dicha suma asegurada sea igual o superior a 6.010.121,04 euros, se aplicará la escala de franquicias, en porcentaje del siniestro, y los límites máximos absolutos que se establecen en el artículo 9 del Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, en la redacción que al mismo dio el Real Decreto 354/1988, de 19 de abril. La franquicia se aplicará en cada siniestro y por cada situación de riesgo. En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

4. PACTOS DE INCLUSIÓN FACULTATIVA EN EL SEGURO ORDINARIO

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguro a primer riesgo, seguro a valor de nuevo, capital flotante o compensación de capitales, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria.

Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

5. INFRASEGURO Y SOBRESEGURO

En los casos en que exista infraseguro, el asegurado será el propio asegurador de la parte correspondiente. Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

6. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

- A) Comunicar en las oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la Entidad Aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:
- Copia o fotocopia del recibo de la prima acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en la que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
 - Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.
 - Copia o fotocopia del DNI o NIF.
 - Datos relativos a la Entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha Entidad.
- B) 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 o actas notariales, gastos que serán por cuenta del asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del asegurado.

Emitido por triplicado en Madrid a de de 2011

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

**AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
C & L Underwriting Services, S.L.**

**POR LA COMPAÑÍA
Huebener Versicherungs-AG**