

Accidentes

Condiciones de su
Contrato de Seguro

Póliza N°
035884449 00023

Allianz Seguros

Allianz Accidentes Colectivo

www.allianz.es

MADRID 29 Diciembre 2017

Tomador de la Póliza

MOTOPOLIZA S.L.

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

PLUG BROKERS SL

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

 **motopoliza.com**

Contigo de la A a la Z

Allianz 

www.allianz.es/eCliente

SUMARIO

CAPÍTULO I	
Datos identificativos	3
CAPÍTULO II	
Objeto y alcance del Seguro	7
CAPÍTULO III	
Siniestros	14
CAPÍTULO IV	
Administración de la póliza	16
CAPÍTULO V	
Cuestiones fundamentales de carácter general	17

LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral, salvo indicación expresa en póliza.

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Accidentes Colectivo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro **MOTOPOLIZA S.L.** c.i.f.: B85949691
CL AGUSTIN ROJAS, 3
28002 MADRID

Póliza y duración **Póliza nº:** 035884449 00023
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/01/2018 hasta las 24 horas del 31/12/2018.

Mediador **PLUG BROKERS SL** 622 0026350
Corredor de Seguros. Nº DGS J3114
CL AGUSTIN ROJAS 3 LOCAL
28002 MADRID
Tel: 911982330
plug.brokers@allianzmed.es

Asegurador Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio social en Tarragona, 109. 08014 Barcelona.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción Riesgo Global Número total de asegurados del colectivo: 1.
Número de Grupos: 1

Descripción Grupo Número 1 Número de asegurados: 1.
Categoría del riesgo: **Deportes de riesgo** .
Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad : **SEGÚN CLÁUSULA** . .

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	12.000,00 Euros		60
Incapacidad permanente según baremo por accidente	20.000,00 Euros		60
Asistencia sanitaria Libre elección por accidente	600,00 Euros		75
Asistencia sanitaria Ilimitada en Cuadro Medico	20.000,00 Euros		75
Material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, ortopedia	3.000,00 Euros		75
Operaciones salvamento o búsqueda y transp. accidentado	1.200,00 Euros		75

Cláusulas

1. Preexistencias
PREEXISTENCIAS:
SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE MINUSVALÍA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ENTRADA EN VIGOR PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACIÓN

A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS. POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O MINUSVALÍAS PREEXISTENTES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS.

2. CONDICIONES ESPECIALES.

Quedan cubiertos única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad: CURSOS Y TANDAS LIBRES DE CONDUCCIÓN DE MOTOS TANTO EN CIRCUITOS PERMANENTES DE MOTO CROSS, DIRT TRACK, FLAT TRACK, VALLADOS, SIN ACCESO LIBRE, Y PROPIEDAD DE EMPRESAS, AUTÓNOMOS, ASOCIACIONES DEPORTIVAS O MOTOCUBS QUE TENGAN COMO ACTIVIDAD LA EXPLOTACIÓN COMERCIAL DE CIRCUITOS, COMO EN CIRCUITOS DE VELOCIDAD Y DE SEGURIDAD HOMOLOGADOS, PISTAS DE KARTING O CIRCUITOS VALLADOS SIN ACCESO LIBRE Y PROPIEDAD DE EMPRESAS, AUTÓNOMOS, ASOCIACIONES DEPORTIVAS O MOTOCUBS QUE TENGAN COMO ACTIVIDAD LA EXPLOTACIÓN COMERCIAL DE CIRCUITOS.

LOS ASEGURADOS SERÁN MOTORISTAS AMATEUR. PODRÁN SER ASEGURADOS LOS MOTORISTAS FEDERADOS EXCLUSIVAMENTE CUANDO ESTÉN REALIZANDO CURSOS O TANDAS PARTICULARES NO ORGANIZADAS POR LAS FEDERACIONES, QUEDANDO EXCLUIDOS LOS ACCIDENTES DERIVADOS DE CUALQUIER ACTIVIDAD ORGANIZADA POR DICHAS FEDERACIONES. ASIMISMO QUEDAN EXCLUIDAS LAS CARRERAS Y DEMAS COMPETICIONES A MOTOR.

CIRCUITOS EN EL EXTRANJERO:

Quedan incluidos los accidentes sufridos en los circuitos Pau Arnós (Francia) y Estoril, Portimao y Braga (Portugal), si bien la asistencia sanitaria en estos circuitos queda limitada a 1.000 euros en concepto de asistencia médica y transporte del accidentado (reembolso de gastos médicos).

EDAD MAXIMA:

LA EDAD DE CONTRATACIÓN DE PÓLIZA SERÁ LA COMPRENDIDA ENTRE LOS 4 Y LOS 60 A#OS.

COBERTURA EN CASO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACION EN MOTOCICLETA.

Si el asegurado fallece a consecuencia de un accidente de circulación en Motocicleta, es decir, en vías asfaltadas objeto de la legislación sobre Tráfico, y fuera de los circuitos habilitados, el asegurador indemnizará al asegurado con un capital de 6.000 euros.

Esta cobertura es incompatible con la cobertura de fallecimiento en caso de accidente en circuitos homologados.

COBERTURA EN CASO DE GRAN INVALIDEZ

Si el asegurado sufre un accidente, cubierto por la póliza, y este produce una gran invalidez, el asegurador indemnizará con un capital adicional de 3.000 euros, en concepto de ayuda para el acondicionamiento de la vivienda.

Se entiende como Gran Invalidez, la incapacidad del asegurado para atender las necesidades más imprescindibles de la vida diaria (tales como comer, desplazarse, vestirse y análogas), precisando de los cuidados de otra persona para su atención.

Este grado de Incapacidad deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

CARENCIA:

Las coberturas de la póliza entrarán en vigor 2 días después de la contratación y pago del seguro por cada asegurado.

ASISTENCIA SANITARIA LIMITADA EN CUADRO MÉDICO POR ACCIDENTE:

Contrariamente a lo indicado en las Condiciones Generales, la prestación sanitaria queda limitada al importe que figura en las Condiciones

Particulares de esta póliza.

Esta cobertura cesa al cumplir el asegurado la edad fijada en el capítulo I de estas Condiciones, al producirse el fallecimiento, o determinarse la incapacidad permanente del asegurado o la estabilización de las lesiones/secuelas, y en todo caso, transcurrido 1 año desde la fecha del accidente.

ASISTENCIA SANITARIA LIBRE ELECCIÓN:

En caso de precisar una primera intervención de urgencia, necesaria a juicio del Asegurador en centros que no figuren en el Cuadro Médico de Allianz, la Compañía reembolsará los gastos originados hasta un máximo de 600 Euros.

Si la atención médica es prestada en centros de la Seguridad Social, el exceso de dicho importe será repercutido al Tomador/Asegurado.

OPERACIONES DE SALVAMENTO O BUSQUEDA Y TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO:

Dentro del límite fijado para esta cobertura, se incluye la posibilidad de un segundo traslado hospitalario del accidentado.

COMUNICACIONES:

El Tomador facilitará cada viernes un fichero Excel con la relación de asegurados correspondientes a la semana. Y otro fichero Excel, el primer día de cada mes, con la relación de asegurados acumulada del mes anterior, a fin de proceder a integrarlos en la póliza con efecto +2 días, de acuerdo con lo establecido en el apartado CARENANCIA.

DECLARACION DE SINIESTRO

En un plazo no superior a 7 días, desde la ocurrencia del siniestro, el accidentado deberá aportar el Parte de Comunicación de Accidentes debidamente cumplimentado y sellado por el organizador del evento o el propietario del circuito donde se hayan realizado los cursos o tandas libres.

3. POLIZA FLOTA

La presente aplicación se rige por las condiciones pactadas entre el Asegurador y MOTOPOLIZA S.L. mediante la Póliza número 035884449

Identificación del Colectivo Asegurado

La relación de personas aseguradas está disponible en: SE APORTA.

Cumulo conocido

Queda convenido que en un accidente del que resultasen varias víctimas pertenecientes al grupo asegurado, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un máximo de 9.000.000,00 euros por siniestro, repartiéndose, en su caso, dicha cantidad proporcionalmente a los capitales asegurados individualmente.

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Mediador **PLUG BROKERS SL** teléfono **911982330**

También a través de su e-mail **plug.brokers@allianzmed.es**

Para consultas y cuestiones administrativas

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

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

Asistencia sanitaria cuadro médico

Para asistencias en Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia: **902 102 687**

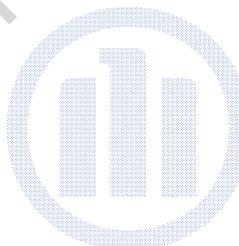
Para asistencias en resto del territorio español: **902 103 509**

Primas Ref. : 312532420

Período: **de 01/01/2018 a 31/12/2018**

Periodicidad del pago: **Única**

Prima Neta	122,38
IPS (6%)	7,34
Recargos	0,18
Consortio	0,10
Total Recibo	130,00

Allianz 

CONTRACTUAL

SIN VALIDEZ

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza.

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

- a) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares. Se excluyen los hechos derivados de infecciones por uso de jeringuillas, agujas y cualquier tipo de material médico.
- b) Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.
- c) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- d) Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.
- e) En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas.

Si el Asegurado fija su residencia en el extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

Se entiende por cambio de residencia habitual al extranjero cuando el asegurado permanezca más de 183 días al año en otro país, o cuando haya fijado su residencia fiscal en otro país.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1 - Tomador del Seguro: la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda

elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.

2 - Asegurado: cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

3 - Asegurador: ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

4 - Coaseguradores: Los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.

5 - Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.

Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado.

El beneficiario no podrá ser el tomador del seguro, si este no es el asegurado, salvo consentimiento expreso del asegurado.

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

6 - Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

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

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

9 - Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

10 - Siniestro: todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

11 - Suma Asegurada: el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro. Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.

12 - Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio

del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

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

14 - Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación en contra expresada en la póliza, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un máximo de 28.500.000 euros por siniestro.

Artº. 2º. OBJETO DEL SEGURO

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

Artº. 3º. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I.

(Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

3º. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

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

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida o limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico.

El grado de incapacidad no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad

Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

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

El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL

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

SISTEMA OSEO

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

SISTEMA OLFATORIO

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

BOCA

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

OIDO

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

OCULAR

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

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL

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

COSTILLAS

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

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA

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

PULMON

Pérdida de un pulmón 25%.

RIÑÓN

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

BAZO

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

APARATO GENITAL FEMENINO

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

APARATO GENITAL MASCULINO

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

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

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

D) EXTREMIDADES INFERIORES

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

popliteo externo 25%
 Parálisis completa del nervio ciático
 popliteo interno 15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

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

Defectos físicos existentes antes del accidente:

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

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

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

Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

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

3º. 3. ASISTENCIA SANITARIA DE LIBRE ELECCION POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos.

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador le reembolsará los gastos médicos, hasta el límite cuantitativo fijado en póliza.

Este reembolso se realizará para gastos derivados de prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente.

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

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.
2. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.
3. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante **un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.**
4. **El reembolso de los gastos de cirugía plástica y reparadora como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y hasta el límite del 30% del capital fijado en póliza, con un máximo de 1.800 euros.**

Solamente mediante la contratación de la Garantía específica de Material de Prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos se incluirá el reembolso de los gastos derivados de dicho material.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

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

Si el importe de las facturas a abonar por el asegurado superase 2.000 euros, y siempre que el Asegurador haya comprobado y aceptado el siniestro, el asegurado podrá solicitar que el Asegurador abone el importe de dichas facturas directamente a los médicos y clínicas que han prestado la atención médica, hasta el importe máximo de la prestación contratada.

3º. 4. ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CUADRO MÉDICO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria, la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos derivados de un accidente cubierto por la póliza, siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en territorio nacional.

Se consideran incluidos dentro de la prestación de esta Garantía:

1. Servicios de locomoción y rehabilitación del asegurado, cuando fueran necesarios y autorizados por el Asegurador.
2. Mantenimiento artificial de las constantes vitales durante **un periodo máximo de sesenta días a contar desde el accidente. A partir de dicho momento, se indemnizará con el capital que corresponda por la garantía de Incapacidad Permanente, con independencia del grado de reversibilidad de la situación.**
3. Cirugía plástica y reparadora como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, hasta el límite de 1.800 euros.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el asegurado precisara asistencia sanitaria, la misma se prestará por el Asegurador de conformidad con lo indicado más adelante.

Esta cobertura cesa al cumplir el asegurado la edad fijada en el capítulo I de estas Condiciones, al producirse el fallecimiento, o determinarse la incapacidad permanente del asegurado o la estabilización de las lesiones/secuelas, y en todo caso, transcurridos 2 años desde la fecha del accidente.

Solamente mediante la contratación de la Garantía específica de Material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos, se procederá al reembolso de los gastos derivados de dicho material de conformidad con lo indicado en dicha Garantía.

Cualquier prestación recibida por el asegurado fuera del ámbito de lo indicado en este artículo quedará excluida de la cobertura de la póliza.

Solicitud de prestación asistencia sanitaria en Cuadro Médico

La Asistencia médica se prestará en los Centros del Cuadro Médico de Allianz. En caso de accidente cubierto por la póliza, **se deberá contactar con Allianz en los números de teléfono indicados, salvo casos de urgencia vital, y se le facilitará los datos y ubicación del Centro del Cuadro Médico más adecuado en atención a las lesiones sufridas.**

Los teléfonos son los siguientes:

Para asistencias en Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia:	902 102 687
Para asistencias en resto del territorio español:	902 108 509

A título informativo, se puede consultar el cuadro médico de Allianz, en la página web de la Compañía: www.allianz.es

En la primera comunicación telefónica, se deberá facilitar al menos:

- Datos personales del accidentado y tipología de lesiones.
- Datos del colectivo al que pertenece el accidentado y número de póliza.
- Fecha, lugar y descripción de la forma de ocurrencia.

Posteriormente, y en todo caso en un plazo no superior a 7 días, el accidentado deberá aportar el **Parte de Comunicación de Accidentes** debidamente cumplimentado y sellado por parte del colectivo al que pertenezca. Se podrá facilitar el parte de accidente contactando con el número de teléfono indicado o bien a través del mediador de la póliza. **En los supuestos que no se reciba el parte de accidente debidamente cumplimentado, el coste de la prestación sanitaria correrá a cargo del asegurado.**

Autorización de Asistencia médica

Cualquier prestación de asistencia sanitaria debe ser autorizada previamente por Allianz. **La asistencia sanitaria recibida sin la autorización específica de**

Allianz, carece de cobertura, salvo lo indicado en caso de urgencia vital.

La autorización de la asistencia médica, ya se trate de una primera asistencia o de asistencia médica sucesiva, se solicitará en los números de teléfono indicados. Allianz facilitará la autorización directamente al accidentado y/o al Centro Médico según los casos.

Urgencias vitales

Por urgencia vital se entiende toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, de manera que requiere una atención médica inmediata e impostergable. Esta prestación es de obligada atención por cualquier institución de Salud. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico/cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que el accidentado haya sido atendido.

En los casos de urgencias vitales que impliquen un riesgo grave para la vida o la integridad del accidentado según se define más abajo, éste podrá ser atendido por el Centro Sanitario más próximo.

Allianz abonará al Centro Sanitario los gastos sanitarios derivados de la asistencia de urgencia al accidentado durante las primeras 48 horas desde la fecha del accidente. Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el accidentado deberá ser trasladado a un Centro del Cuadro Médico para continuar su tratamiento.

Allianz no asumirá el coste de las prestaciones una vez superado el plazo de 48 horas indicado en Centros que no pertenezcan al Cuadro Médico, salvo autorización expresa.

3º. 5. MATERIAL DE PROTESIS, GAFAS, APARATOS ACUSTICOS, MATERIAL DE ORTOPEDIA, OSTEOSINTESIS Y FIJADORES EXTERNOS

Exclusivamente mediante la contratación de esta Garantía se garantiza como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el reembolso al asegurado de los gastos de material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos con el límite reflejado en póliza, siempre y cuando dicho accidente haya originado también la prestación de una asistencia médica. Este reembolso se realizará para gastos derivados de prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 6. OPERACIONES DE SALVAMENTO O BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO

Se garantiza, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y dentro del plazo de dos años a

contar desde la fecha de ocurrencia del mismo, el reembolso de los gastos al asegurado que sean consecuencia de **Operaciones de salvamento o búsqueda del accidentado y transporte necesario hasta el máximo señalado en póliza**, por asegurado y siniestro.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Artº. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1-Personas no asegurables:

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

El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido. La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

Para menores de 14 años, y salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, se excluye la cobertura de Fallecimiento, quedando sustituida por un importe en concepto de Gastos de Sepelio. Dicho importe será el indicado como capital de Fallecimiento, con un límite máximo en cualquier caso de 6.000 euros.

2-Riesgos excluidos:

- Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera accidente a efectos de esta póliza.
- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.
- Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- Suicidio o tentativa de suicidio.
- Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.
- Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin moto, paracaidismo y similares.
- Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración
- Los accidentes que produzcan únicamente efectos

psíquicos.

- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.
 - Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos. La práctica del boxeo, alpinismo, "puenting", deportes aeronáuticos y otros de similar riesgo. Accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica de pesca en alta mar o caza mayor, salvo pacto expreso en Condiciones Particulares de la póliza.
 - Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones: Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.
 - Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
 - Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.
 - Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.
- Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.
- Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artº. 5º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en

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

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

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

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos
 - a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 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 las primas.
 - i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".
3. Extensión de la cobertura
La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con

lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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

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

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

CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 6º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

A) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

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

- En caso de Muerte por accidente:

- a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
- c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
- d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y copia del último Testamento. Si no existe designación expresa, certificado del Registro de Últimas Voluntades y copia del último Testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

-En caso de Muerte por infarto:

La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

-Común a todos los casos de Muerte del asegurado:

A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado. Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto. El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

-En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (incluida Progresiva):

- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una

de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.

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

El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días. Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.

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

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

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

-En caso de Asistencia Sanitaria:

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

-En caso de Invalidez Temporal:

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

-En caso de Hospitalización y Convalecencia:

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

-En todos los supuestos:

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

B) PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

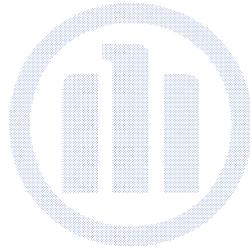
La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación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

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber

según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Allianz 

CAPÍTULO IV

Administración de la póliza

Artº. 7º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

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

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

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

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

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

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Artº. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

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

En este último caso, se fijará una prima provisional, que

tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

A cada vencimiento de la póliza se procederá a la actualización de las primas, incorporándose a las mismas los ajustes necesarios para garantizar la suficiencia de las tarifas. Asimismo, se aplicarán también los ajustes necesarios para constituir las provisiones técnicas que se adecuen a lo dispuesto en la normativa vigente sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Artº. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

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

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.
4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del artículo 10.4 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) **Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.**
 - b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

CAPÍTULO V

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 10º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes **Condiciones Generales** del contrato de seguro tienen, **al final de cada apartado**, la **referencia a los preceptos de la Ley** aplicables a su contenido, para que su **consulta** pueda ser hecha, si se desea, con la **máxima precisión y facilidad**.

Estas **Condiciones Generales** pretenden ser una **guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro**.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º

10º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El **Tomador del Seguro**, que **da respuesta al Cuestionario** de seguro para que pueda elaborar la póliza, **suscribe el contrato y paga las primas**.
2. El **Asegurado**, que tiene un **interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato**.
3. El **Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** que **garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro**. En adelante, se le denomina también "**la Compañía**".
4. Los **Coaseguradores**, Aseguradores que, junto con la Compañía, **asumen mancomunadamente el contrato**, sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. **Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías y primas**.
5. El **Acreeedor**, titular de un **derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los bienes asegurados**, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, **sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización**.
6. El **Órgano de Control**, que es la **Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda**, que **supervisa la actividad** en virtud de la competencia que corresponde al **Reino de España**, Estado miembro del **Espacio Económico Europeo**.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

10º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro

A) El **Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario** dadas por el Tomador del Seguro y **aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones** hechas por el mismo, por lo que **las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del**

contrato.

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

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

C) El **Tomador debe leer y comprobar** atentamente los **términos y condiciones de su póliza** y, en su caso, **pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores**. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

D) Si la **póliza es conforme**, el **Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado**, si es persona distinta.

E) El **Tomador del Seguro debe pagar la primera prima**.

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

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La **duración del contrato se fija desde las 00:00 horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización**.

B) **Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática**.

C) Para que el seguro **continúe vigente**, el **Tomador del Seguro debe pagar la prima** correspondiente a la **siguiente anualidad**. Tiene para ello un **plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento**.

D) Cuando el **Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual** deben **avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación**.

E) **Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento: cuando se produzca una agravación del riesgo,**

cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos). Si es el Asegurador quien rescinde, proroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida. El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

F) Igualmente ocurre cuando los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos a otras personas. Se ha de notar especialmente que el nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10º. 4. Modificación del contrato de seguro

A) Cualquier modificación que se produzca en el contenido de las respuestas que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe ser comunicada al Asegurador a la mayor brevedad, por si es necesario adaptar la póliza a la nueva situación.

B) Así, las agravaciones o disminuciones del riesgo, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) deben ser comunicadas por el Tomador del Seguro, normalmente en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.

C) La respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el mismo plazo de 15 días, salvo cuando se trata de agravación del riesgo, caso en que dispone de dos meses para proponer la modificación del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador no haga uso previamente de las facultades de rescisión señaladas en el Apartado anterior.

D) Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10º. 5. Actuación en caso de siniestro

A) Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo, cooperando al salvamento de personas y bienes.

B) El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.

C) Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.

D) Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

E) Los desacuerdos entre Peritos se solucionarán por el nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.

F) El dictamen de los Peritos será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial hecha por una de ellas.

G) Cuando el dictamen de los Peritos no sea impugnado judicialmente, el Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

H) Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

I) Una vez pagada la indemnización, en muchas ocasiones el Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables del daño. El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

10º. 6. Otras cuestiones de interés

A) Principio de la buena fe.

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

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

B) Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico.

Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario o el Acreedor **se dirijan al Asegurador**, pueden hacerlo **a su domicilio social, al de sus sucursales**. Tales comunicaciones pueden hacerlas **directamente** al Asegurador o bien **a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato**.

El Asegurador se dirigirá al **último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o del Acreedor**.

C) Prescripción de acciones.

Las **acciones para exigir derechos** derivados del contrato prescriben a los **cinco años**.

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

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

1. El Mediador de Seguros, PLUG BROKERS SL teléfono 911982330, e-mail plug.brokers@allianzmed.es, o dirección postal CL AGUSTIN ROJAS 3 LOCAL , 28002 MADRID .
2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.
Línea para Reclamaciones: 900 225 468

E) Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes

vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

C) Restricción por sanciones económicas internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de Carácter Personal

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona, con la referencia "LOPD", por ; email lopd@allianz.es o por teléfono al 902 300 186, adjuntando en todo caso fotocopia de su DNI, su pasaporte o cualquier otro documento válido que lo identifique.

El Pagador autoriza expresamente, al tratamiento de dichos datos por la Compañía los cuales son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. Asimismo autoriza el tratamiento de sus datos con fines publicitarios y de prospección comercial y la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades todas ellas pertenecientes al sector financiero y asegurador y que se hallan listadas en la web www.allianz.es, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
MOTOPOLIZA S.L.

de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés, incluso con posterioridad al fin de la relación contractual, y salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora que constan en este documento.

Con respecto a los datos de salud, con el fin de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que los mismos sean tratados por la entidad aseguradora.

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

CLÁUSULA FINAL

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido, leído y entendido lo dispuesto en esta póliza de Contrato de Seguro de Allianz Accidentes Colectivo, que consta de 10 artículos, en 20 páginas. Asimismo manifiesta expresamente su conformidad con la misma aceptando todas sus cláusulas y específicamente declara conocer y aceptar aquellas de carácter limitativo así como haber recibido toda la información relativa a este contrato de seguro considerando el texto del mismo como un todo indivisible.

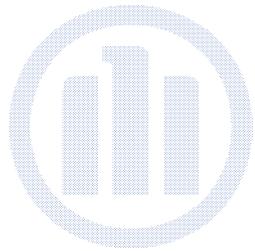
El Tomador del Seguro manifiesta asimismo que todas las declaraciones e informaciones que ha facilitado a la compañía son correctas y se compromete a comunicar al asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

En prueba de lo anterior las partes suscriben la presente póliza de seguro en MADRID 29 Diciembre 2017.

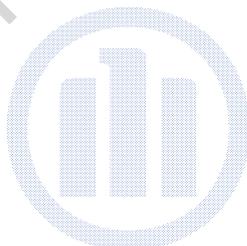
Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.



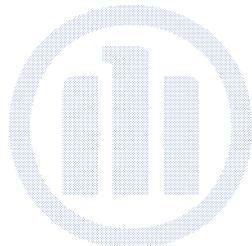
SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Allianz 

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Allianz 

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Allianz 

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

Atención al Cliente
Tel. 902 300 186

www.allianz.es/eCliente



Certificado de Calidad
en el diseño y contratación
de seguros y la gestión
de siniestros.



Su mediador de seguros en Allianz



PLUG BROKERS SL
Corredor de Seguros. Nº DGS J3114

CL AGUSTIN ROJAS 3 LOCAL
28002 MADRID
Tel: 91 1982330

plug.brokers@allianzmed.es

Contigo de la A a la Z

Allianz

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

Número de Póliza: ESBOP227890

CHUBB®



SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Condiciones Particulares

El presente contrato está compuesto por las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales, sus anexos y suplementos, y cualquier otro documento adjunto al mismo.

Las presentes Condiciones Particulares prevalecen, en caso de contradicción o duda, sobre lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza.

Objeto del Seguro

El objeto del seguro es el pago de las indemnizaciones garantizadas por la póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal por el que tenga que ser hospitalizado.

Grupo Asegurable

Podrá ser Asegurado de la presente póliza cualquier cliente del Tomador del Seguro, residente en España, cuya edad se encuentre comprendida entre los 18 y 65 años de edad en el momento de suscribir la póliza.

Asegurados

Clientes del Tomador del Seguro que cumplan los requisitos del Grupo Asegurable, que voluntariamente compren el seguro de Hospitalización a través de la web de éste.

El seguro debe estar contratado por una persona física, en ningún caso quedarán cubiertos los usuarios de vehículos de empresa, alquilados o destinados a otro fin que no sea particular.

Límite de Edad

La cobertura de la Póliza finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

Beneficiarios del Seguro

El Beneficiario de las coberturas de la póliza será el propio Asegurado.

Extensión de la Cobertura

Cobertura 24 horas, ámbito mundial.

Garantías Cubiertas

Cuando el Asegurado tenga que ser ingresado en un Hospital como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, la Aseguradora abonará la indemnización correspondiente a la opción contratada por el Asegurado.

Se hace constar que las indemnizaciones serán abonadas en España y en Euros y serán de aplicación las siguientes condiciones:

1. Si el Accidente es de Circulación: La indemnización será abonada desde el primer día, mientras se encuentre hospitalizado como paciente interno hasta un máximo de 30 días a contar desde el primer día de la hospitalización.
2. Si el accidente es diferente a un accidente de circulación: La indemnización la percibirá el Asegurado desde el 8º o 15º día de la hospitalización, **según la opción de franquicia elegida (7 o 14 días)**, hasta un máximo de 30 días, contando en todo caso desde el primer día de la citada hospitalización.

En cualquier caso el límite anual de hospitalización, por la misma causa o causa conexas, durante la anualidad es de 30 días.

Sumas Aseguradas

Indemnización diaria por hospitalización debida a un accidente:

Opción 1)	100.00 Euros
Opción 2)	200.00 Euros

Franquicia

Accidente de Circulación.....	Sin franquicia
Accidente diferente a Circulación:	
Opción A)	7 días
Opción B)	14 días

Fecha de Siniestro

A los efectos de la cobertura de la póliza, se considerará como fecha de siniestro:

La fecha de ocurrencia del accidente, por lo que no serán indemnizables las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad al efecto de la póliza.

Documentación a Aportar en Caso de Siniestro

En caso de siniestro se presentarán los siguientes documentos para el cobro de las indemnizaciones:

- Solicitud con todos los datos precisos para identificar al Asegurado reclamante.
- Informe médico detallando circunstancias del Accidente.
- Fechas de Ingreso y Alta hospitalaria
- Copia del Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- Los datos bancarios, cuenta corriente veinte dígitos, del asegurado hospitalizado

Prima por Persona y Año

OPCIÓN 1)	CAPITAL
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente de Circulación sin franquicia y hasta 30 días de indemnización	100.00 €
Indemnización diaria Hospitalización Accidente 24 HORAS franquicia 7 días y hasta 30 días de indemnización	
Prima Neta anual	16.02 €
IPS+LEA	0.98 €
PRIMA TOTAL ANUAL	17.00 €
OPCIÓN 2)	CAPITAL
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente de Circulación sin franquicia y hasta 30 días de indemnización	100.00 €
Indemnización diaria Hospitalización Accidente 24 HORAS franquicia 14 días y hasta 30 días de indemnización	
Prima Neta anual	12.25 €
IPS+LEA	0.75 €
PRIMA TOTAL ANUAL	13.00 €
OPCIÓN 3	CAPITAL
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente de Circulación sin franquicia y hasta 30 días de indemnización	200.00 €
Indemnización diaria Hospitalización Accidente 24 HORAS franquicia 7 días y hasta 30 días de indemnización	
Prima Neta anual	31.09 €
IPS+LEA	1.91 €
PRIMA TOTAL ANUAL	33.00 €
OPCIÓN 4)	CAPITAL
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente de Circulación sin franquicia y hasta 30 días de indemnización	200.00 €
Indemnización diaria Hospitalización Accidente 24 HORAS franquicia 14 días y hasta 30 días de indemnización	
Prima Neta anual	23.55 €
IPS+LEA	1.45 €
PRIMA TOTAL ANUAL	25.00 €

Condiciones Generales

Información Previa

Toda la información indicada en la presente cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro/Asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora británica ACE European Group Limited, con domicilio en Chubb Building, 100 Leadenhall Street, Londres, Reino Unido.
2. Que ACE European Group Limited, Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave E0155 y tiene su domicilio en Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 Madrid.
3. Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien corresponde dicho control es la Financial Conduct Authority (FCA), con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS y la Prudential Regulation Authority (PRA), con domicilio en 20 Moorgate, Londres EC2R 6DA.
4. Que la legislación aplicable al presente contrato de seguro será la Ley de 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y cualquier normativa desarrollo.
5. Que la liquidación de ACE European Group Limited, Sucursal En España no está sujeta a la legislación española sino a la británica y la autoridad competente para el caso de liquidación de la entidad en Reino Unido es la “Financial Services Compensation Scheme”, que a su vez actúa como fondo de garantía. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra a su disposición en la página web de la entidad aseguradora.
6. Que en caso de queja o reclamación podrá dirigirse en primera instancia al **Departamento de Reclamaciones** de ACE European Group Limited, Sucursal en España, y en caso de disconformidad, al Defensor del asegurado, LEGSE Abogados, en el correo electrónico defensordelasegurado@legse.com. En caso de no estar de acuerdo con la resolución o no ser atendido en 2 meses desde que hizo su reclamación podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.
7. Que el contrato queda sometido a la jurisdicción española y dentro de ella, a los tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

Ley Aplicable

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española y se rige por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Sanciones Comerciales

ACE European Group Limited, Sucursal en España (“La Aseguradora”) no podrá ser considerada responsable de proporcionar cobertura ni de pagar siniestro alguno ni de otorgar prestación o beneficio alguno bajo la presente póliza en la medida en que dicha cobertura, pago de siniestro u otorgamiento de dicho beneficio o prestación exponga a La Aseguradora **o a su sociedad matriz Chubb Limited** a cualquier sanción, prohibición o restricción aplicable conforme a las resoluciones emitidas por Naciones Unidas o a aquellas sanciones que, en materia comercial o económica, pudieran ser impuestas por la normativa y legislación de la Unión Europea, el Reino Unido, la legislación nacional o de los Estados Unidos de América.

Procedimiento para la Presentación de Quejas y Reclamaciones

Los procedimientos internos y externos para la presentación de quejas y reclamaciones serán las siguientes:

- a) Procedimientos internos

En el supuesto de que usted quiera presentar una queja relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a

Departamento de Reclamaciones
Paseo de la Castellana 141, planta 6
28046 Madrid
Correo electrónico: reclamaciones.es@chubb.com
Fax: + 34 91 837 67 76

El Reglamento de Funcionamiento del Departamento de Reclamaciones se encuentra disponible para ser consultado por parte de los clientes en las oficinas de "Ace European Group Limited, Sucursal en España".

En caso de que usted no esté de acuerdo con el contenido de la resolución dictada por el Departamento de Reclamaciones, podrá realizar su segunda reclamación a:

Defensor del Asegurado:
LEGSE Abogados
Correo electrónico: defensordelasegurado@legse.com
Fax + 34 915 76 08 73

El Departamento de Reclamaciones o, en su caso, el Defensor del Asegurado, dispondrán de un plazo de 2 meses para atender su queja o reclamación.

b) Procedimientos externos

En caso de haber sido desestimada su anterior queja o reclamación o haber transcurrido dos (2) meses desde su presentación ante el Departamento de Reclamaciones o al Defensor del Asegurado sin que haya sido resuelta, usted podrá dirigirse a la Dirección General de Seguros (Servicio de Reclamaciones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros será imprescindible que usted acredite haberlas formulado previamente al Departamento de Reclamaciones de la Compañía o en su caso, al Defensor del Asegurado o haber transcurrido el plazo de dos (2) meses anteriormente mencionado.

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

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, así como sus normas de desarrollo; sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros. Igualmente, 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.

Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD") y su normativa de desarrollo ACE European Group Limited, Sucursal en España ("La Aseguradora"), con domicilio en el Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 de Madrid como responsable del tratamiento, le informa de que los datos personales, incluyendo su nombre, apellidos, DNI, dirección, teléfono y cualesquiera otros, que usted nos facilite directamente o a través de su mediador, serán incorporados a un fichero del cual es responsable La Aseguradora con la finalidad de gestionar su póliza de seguro, realizar prospección de calidad de los productos contratados, prevenir e investigar el fraude así como valorar y delimitar el riesgo y la solvencia, incluyendo la consulta y cruce de los datos personales con ficheros comunes y ficheros de solvencia patrimonial y crédito, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro.

Igualmente, y salvo que usted indique lo contrario marcando la casilla que se muestra al efecto al final de la presente cláusula, le informamos de que LA ASEGURADORA tratará sus datos con la finalidad de informarle sobre sus actividades y productos presentes y futuros incluso por medios electrónicos, así como llevar a cabo estudios de marketing, , con el objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular y de realizar, en su caso, modelos valorativos ("Finalidades Accesorias").

En caso de que usted consienta el tratamiento de sus datos para Finalidades Accesorias, sus datos personales podrán ser tratados, incluso cancelada la póliza, hasta que usted revoque su consentimiento.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("LOSSEAR"), La Aseguradora le informa de que las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la

colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, así como, en su caso, prevenir el fraude en el seguro. En consecuencia, mediante la contratación de la presente póliza queda informado y otorga su consentimiento para que sus datos personales, incluyendo, en caso de ser necesario, sus datos de salud, puedan ser comunicados a los citados ficheros comunes.

Usted conoce y acepta que La Aseguradora pueda poner sus datos a disposición de otras compañías del Grupo Chubb y proveedores que podrán estar localizados dentro del Espacio Económico Europeo o, eventualmente, fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección equivalente al que otorga la normativa comunitaria, para las anteriores finalidades. Usted podrá encontrar un listado de dichas compañías del grupo Chubb en la página web de La Aseguradora. Por favor, revísela con regularidad.

Asimismo, en los casos en los que proceda según el tipo de seguro contratado, se le informa de que sus datos podrán ser cedidos a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de reaseguro o coaseguro y centros sanitarios. Mediante la contratación de esta póliza, usted otorga su consentimiento expreso para la cesión de sus datos personales a los centros sanitarios que gestionen los servicios de asistencia contratados en virtud de la presente póliza, quedando limitada dicha cesión a aquellos datos que resulten estrictamente necesarios, adecuados y pertinentes para la prueba y facturación del gasto sanitario por parte de La Aseguradora.

Del mismo modo, al amparo de lo dispuesto por el artículo 99.2 LOSSEAR, La Aseguradora podrá tratar los datos relacionados con su salud que, en su caso, le sean comunicados por los citados centros sanitarios en los siguientes supuestos: (i) para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al asegurado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por La Aseguradora y; (ii) para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de la presente póliza. En todo caso, el tratamiento de los datos antes indicados se limitará a aquellos que resulten imprescindibles para el abono de la indemnización o la prestación derivada de la presente póliza.

Igualmente, usted conoce y acepta que La Aseguradora podrá poner sus datos personales a disposición de las autoridades competentes (incluyendo autoridades fiscales), entidades financieras o, en su caso, de terceros en el marco de operaciones de reestructuración societaria, que estarán localizados en el Espacio Económico Europeo o fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección de datos equivalente.

Igualmente, sus datos personales podrán ser cedidos en caso de impago, a entidades gestoras de ficheros comunes de solvencia patrimonial y crédito en los términos previstos por la ley.

En caso de que en la póliza se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del tomador del seguro, usted confirma mediante la contratación de la presente póliza, que ha notificado a estas personas que ha comunicado sus datos personales a La Aseguradora y que ellos otorgan su consentimiento para el tratamiento, cesión y transferencia internacional (cuando sea necesaria) de sus datos conforme a lo establecido en la presente cláusula, excepto para las Finalidades Accesorias, siendo usted responsable de la citada notificación y obtención de consentimiento.

Le informamos de que usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con los procedimientos legalmente previstos, mediante escrito dirigido a la dirección arriba indicada al que deberá adjuntar en su envío una copia de su Documento Nacional de Identidad o documento oficial equivalente o mediante correo electrónico a la dirección clientes.es@Chubb.com

La Aseguradora se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología.

Al marcar esta casilla , RECHAZO mi consentimiento para el tratamiento de mis datos para las Finalidades Accesorias, incluyendo las cesiones y transferencias internacionales para tales Finalidades Accesorias.

Definiciones

A efectos de la póliza se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva directamente de un hecho fortuito, súbito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca Fallecimiento, Incapacidad Permanente o cualquier otra situación garantizada por la póliza.

A los efectos de la presente póliza tendrán la consideración de Accidente:

- Las descargas eléctricas y el rayo.

- Los envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se pueda demostrar fehacientemente la relación causa-efecto.
- Igualmente quedan cubiertos los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
- Cobertura de Vuelo, quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (I) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o “chárter” entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (II) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (III) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.

Accidente de Circulación: Accidente ocurrido al Asegurado cuando éste se encuentre:

- Como pasajero en transporte público y subiendo o bajando del mismo.
- Como conductor o pasajero de un transporte privado.
- Como peatón.

Asegurado: Persona física sobre la que se establece el Seguro.

Anualidad del Seguro: Período anual contado desde cada renovación de la Póliza. La primera anualidad se contará desde la fecha de efecto inicial.

Beneficiarios: Es la persona o personas, físicas o jurídicas, que ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

Entidad Aseguradora/La Aseguradora: ACE European Group Limited, Sucursal en España actuando como Entidad Aseguradora, (en adelante, la Aseguradora).

Garantías Cubiertas: Los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura, detallados en las condiciones de la póliza.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

Grupo Asegurado: Conjunto de Asegurados incluidos en el Seguro.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. **No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.**

Hospitalización: Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, **durante un período superior a 24 horas**

Médico: Persona física autorizada legalmente para ejercer la medicina en virtud de un título reconocido, todo ello conforme a la legislación vigente en el país en que la ejerza.

Peatón: Persona física que, sin ser conductor, transita a pie por las vías o terrenos de uso público o privado, que sean utilizados por una colectividad indeterminada de usuarios.

A efectos de la presente garantía, el accidente sufrido por el Asegurado cuando es peatón, deberá haber sido causado por un vehículo.

Prima: Es el precio total del Seguro.

Póliza: Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

Transporte Privado: Se hace expresamente constar que a efectos de la cobertura se entiende por medio de transporte privado, cualquier ciclomotor, motocicleta o automóvil turismo privado o de alquiler de hasta un máximo de nueve plazas.

No se considera Transporte Privado cualquier vehículo de uso público, destinado al transporte de viajeros y/o mercancías.

Transporte Público: Cualquier vehículo de transporte por aire, tierra o agua, con la debida licencia para el transporte de pasajeros, con publicación de tarifas de precios para usuarios, horarios de salida y llegada, así como puntos de origen y destino predeterminados; y previo pago de un billete.

Se hace expresamente constar que queda incluido el taxi, así como un automóvil de alquiler con conductor.

Siniestro: Suceso que pueda dar origen al percibo de las indemnizaciones. Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa.

Suma Asegurada: Importe de la indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Tomador: Es la persona física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

Extensión de la Cobertura

La extensión de la cobertura será la indicada expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Personas no Asegurables

8. Las personas paralíticas, sordas, alcohólicos y/o toxicómanos, epilépticos, con enajenación mental o diabéticos. De producirse alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo a la Aseguradora tan pronto como les sea posible.
9. Los menores de 14 años podrán estar asegurados para Gastos de Sepelio. Sin embargo, y por prescripción legal, no estarán asegurados para riesgo de Muerte.

Entrada en vigor del Seguro

El seguro entra en vigor en la fecha de efecto indicada en el presente certificado, siempre que la prima haya sido pagada.

Duración del Contrato

La duración del contrato es la establecida en el presente certificado.

La garantía terminará al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de SESENTA Y CINCO (65 AÑOS).

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la Póliza los siguientes supuestos:

1. Accidentes anteriores a la Póliza y las consecuencias derivadas de los mismos.
2. Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionadamente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión autoinfligida.
3. El infarto de miocardio aun cuando sea dictaminado como accidente laboral.
4. Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.
5. La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido. Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente peligrosa.
6. Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos lúdicos, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.
7. Guerra declarada o no, conmociones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.
8. Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.
9. Radiaciones o efectos de la energía nuclear.
10. Cualquier accidente que se produzca estando el asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. Para la determinación de dicha influencia, independientemente del tipo de accidente de que se trate, se estará a los límites fijados por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor y seguridad vial al momento de su ocurrencia.
11. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
12. Hernias, cualquier que sea su naturaleza.
13. Cualquier enfermedad aun cuando sea dictaminada como accidente o accidente laboral

Las exclusiones de los apartados 8 y 9 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros referido en el correspondiente Artículo de las Condiciones Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidos de las coberturas del presente contrato, todos aquellos Asegurados que se encuentren en el momento de la formalización de la póliza en situación de incapacidad laboral transitoria como consecuencia de un accidente y en general, las consecuencias de todos aquellos accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidas de la cobertura de la póliza, las lesiones o muerte derivadas de infarto, derrame cerebral, sincope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.

Obligaciones del Tomador del Seguro

Declaración del Riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán declarar con exactitud todos los aspectos de los que tenga conocimiento y que pudieran permitir que la Aseguradora valore los riesgos que se están cubriendo, y que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Alteraciones del Riesgo

14. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar a la Aseguradora, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato no lo habría realizado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Aseguradora, en el plazo máximo de dos meses en que la agravación le haya sido comunicada, puede proponer una modificación del contrato, disponiendo el Tomador de quince días, desde la recepción, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, la Aseguradora 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 días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Aseguradora también podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a contar desde el momento en que tuvo conocimiento de tal agravación. En el caso que el Tomador o Asegurado no hubiesen comunicado tal agravación y sobreviniese un siniestro, la Aseguradora quedará liberada si estos hubiesen actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

15. Caso de disminución del riesgo durante la vigencia del contrato, el Tomador o Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora tales 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 condiciones más favorables.

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

16. El Tomador o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, el cambio, aunque sea temporal, de la actividad, profesión u ocupación del Asegurado declarada al contestar el cuestionario presentado por la Aseguradora, antes de concertar la Póliza. Si el cambio supone una agravación o disminución del riesgo, se procederá según lo dispuesto en los apartados 1 y 2 de este Artículo.

Pago de Primas

17. El Tomador del Seguro pagará a la Aseguradora las primas, en el lugar y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

18. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir su pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Aseguradora 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, la Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, solo 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 24 horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Disposiciones Varias

Bases del Seguro

19. Las declaraciones del Tomador del Seguro, constituyen la base del seguro.
20. Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro 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.
21. Si una vez perfeccionado el contrato, la Aseguradora tuviera conocimiento que las declaraciones del Tomador son inexactas, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que conoció tal inexactitud.

Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurre dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

22. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Prescripción

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.

Comunicaciones

23. **Las comunicaciones a la Aseguradora se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza.**

Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante de la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

24. **Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros a la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si las efectuara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.**

25. **Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.**

Moneda

La liquidación de las posibles indemnizaciones por la cobertura contratada se practicará por el montante en euros.

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Aviso de Siniestro y Pago de Indemnizaciones

- 26. El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, debiendo emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.**
27. Una vez verificadas las consecuencias del Siniestro, la Aseguradora abonará las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, para la/s garantía/s afectada/s por el Siniestro.
28. En cualquier caso, dentro de los cuarenta (40) días, a partir de la recepción de la declaración del Siniestro, la Aseguradora deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.
- 29. Incumbe al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario probar la existencia del siniestro.**

Si hay acuerdo entre ambas partes, la Aseguradora pagará la suma convenida en las Condiciones Particulares.

En cambio, si el Asegurado no aceptase la proposición de la Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos.

A tales efectos, si no hubiese acuerdo en un plazo de cuarenta (40) días, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que dicha parte sea requerida por la que hubiere designado el suyo. De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos ambas partes designarán un tercer Perito de común acuerdo, y de no existir el citado acuerdo, la designación se hará por un Juez de Primera Instancia del domicilio del Tomador. En todo caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta (30) días a partir de la aceptación de su nombramiento por el último Perito.

Las partes podrán impugnar, caso de desacuerdo, el dictamen disponiendo de treinta (30) días la Aseguradora y de ciento ochenta (180) días el Asegurado, a partir de su notificación.

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