

HUBENER VERSICHERUNGS-AG Compañía de Seguros autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con registro clave L0766, con domicilio social en Ballindamm 37, Hamburg, en Régimen de Libre Prestación de Servicios y en lo sucesivo denominado EL ASEGURADOR, se rige por lo dispuesto en la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de 20 de Noviembre de 1998 y demás normativas que pudieran ser de aplicación.

POLIZA DE ACCIDENTES

CONDICIONES PARTICULARES

Las presentes Condiciones Particulares prevalecen en caso de contradicción o duda, sobre lo dispuesto en las Condiciones Especiales y Generales constituyendo con ambas un todo unitario del presente contrato de seguro.

► DATOS GENERALES

Tomador del Seguro : MOTOPOLIZA, S.L.
CIF: B-85949691
C/ Agustín de Rojas, 3
28037 - Madrid

Póliza y Duración : Poliza nº: CLWACC-MO-1001-09-80000
Periodo de Seguro: Desde las 00:00 horas del 01/06/2016
Hasta las 24:00 horas del 31/05/2017

Mediador : PLUGBROKERS, SL
C/ Agustín Rojas, 3 local 28002 Madrid
Autorización DGS: J3114
CIF: B 86539566

► ACTIVIDAD Y RIESGO ASEGURADO

Serán objeto de cobertura los accidentes sufridos con motivo de la conducción de motocicletas incluido en circuitos permanentes siempre y cuando no sean entrenamientos ni competiciones oficiales organizadas por las federaciones motociclistas, clubs motociclistas o cualquier otro organismo oficial o privado motociclista competente en dicho deporte.

► COBERTURAS ASEGURADAS

OPCION 1.-:

GARANTÍAS	Capital Asegurado	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.000,00€	CONTRATADO
Menores de 14 años Gastos de sepelio	3.005,06€	CONTRATADO
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE	6.000,00€	CONTRATADO
ASISTENCIA SANITARIA	2.500,00€	CONTRATADO

OPCION 2.-:

GARANTÍAS	Capital Asegurado	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	12.000,00€	CONTRATADO
Menores de 14 años Gastos de sepelio	3.005,06€	CONTRATADO
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE	12.000,00€	CONTRATADO
ASISTENCIA SANITARIA	9.000,00€	CONTRATADO

► **PRIMAS OPCIÓN 1**

PRIMA NETA	42,36	Euros
I.P.S. 6%	2,54	Euros
D.G.S. 0.15%	0,06	Euros
C.C.S. 0.005%	0,04	Euros
PRIMA TOTAL RECIBO :	45,00	Euros
Bases de Tarifa : 42,36 Euros por Asegurado		

Recibo y Forma de Pago: Anual
Nº de Asegurados : 1

► **PRIMAS OPCION 2**

PRIMA NETA	84,73	Euros
I.P.S. 6%	5,08	Euros
D.G.S. 0.15%	0,13	Euros
C.C.S. 0.005%	0,06	Euros
PRIMA TOTAL RECIBO :	90,00	Euros
Bases de Tarifa : 84,73 Euros por Asegurado		

Recibo y Forma de Pago: Anual
Nº de Asegurados : 1

En caso de siniestro que necesite asistencia sanitaria llamar al teléfono

Telf: 91.826.03.20

► **RIESGOS EXCLUIDOS**

Se considerarán accidentes excluidos, y no serán atendidos por la aseguradora, los ocurridos en las siguientes circunstancias:

- Cuando no se cumplan las condiciones anteriores o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad.
- Cuando se produzcan en estado de drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, reyerta o tentativa de suicidio o cuando medie malicia propia o culpa grave, sin perjuicio de que la aseguradora inicie las acciones que procedan.
- Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las leyes, ordenanzas y reglamentos deportivos.
- Cuando el accidente esté cubierto por otra póliza contratada por el asegurado debido a su condición de profesional o federado en motociclismo.
- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte, así mismo, en caso de recibidas, si se determina que no proviene del accidente objeto del primer parte de accidentes tramitado.
- Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

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

- Todo el material prescrito en servicios ajenos a la aseguradora.
- El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.), en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
- Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.
- Los gastos de farmacia ambulante.

Resumen de las normas legales Consorcio Compensación de Seguros

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 Km. /h, y los 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.

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.

Emitido por triplicado en Madrid a 30 de octubre de 2014

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

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

**POR LA COMPAÑÍA
Huebener Versicherungs-AG**



SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

SEGURO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

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

► Artículo Preliminar – Definiciones

Compañía Aseguradora :

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

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

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

ARTÍCULO PRELIMINAR - Definiciones de los elementos del contrato

Para los efectos de este contrato se entiende por:

ASEGURADOR:

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

TOMADOR:

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

ASEGURADO:

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

BENEFICIARIO:

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

PÓLIZA:

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

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

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

FRANQUICIA:

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

SINIESTRO:

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

INDEMNIZACIÓN:

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

ACCIDENTE:

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

MUERTE:

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

INVALIDEZ DEFINITIVA:

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

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

INVALIDEZ PROFESIONAL:

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

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

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:

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

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

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

INVALIDEZ DEFINITIVA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:

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

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

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

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE:

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

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

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

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

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

PRIMA:

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

EDAD:

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

ARTÍCULO 1º - Objeto del seguro

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

A) MUERTE POR ACCIDENTE

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

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

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

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

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

B) INVALIDEZ DEFINITIVA

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

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

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

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

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

C) INVALIDEZ PARCIAL

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

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

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

En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Parcial sobreviniera en el

Asegurado la Muerte o Invalidez Definitiva, las cantidades satisfechas por la Aseguradora se considerarán abonadas a cuenta de la suma total asegurada por estos conceptos.

D) INVALIDEZ PROFESIONAL

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

E) OTRAS GARANTÍAS

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

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

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

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

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

C) Las Autolesiones, causadas consciente o inconscientemente.

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

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

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

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

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

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

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

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

I) Los siniestros producidos como consecuencia de:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 3º - Declaraciones sobre el riesgo

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

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

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

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

El Tomador y/o el Asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el Cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 5º - Agravación del riesgo durante el contrato

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

ARTÍCULO 6º - Disminución del riesgo durante el contrato

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

ARTÍCULO 7º - Personas excluidas del seguro

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

ARTÍCULO 8º - Ámbito territorial

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

ARTÍCULO 9º - Revalorización automática

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

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

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

ARTÍCULO 10º - Perfección, efectos y duración del contrato

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

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

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

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

ARTÍCULO 11º- Pago de la prima

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

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

2. PRIMAS SUCESIVAS:

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

ARTÍCULO 12º - Pago de las indemnizaciones

1. Obligación de información:

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

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

Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro y/o del Asegurado, la

Aseguradora quedará igualmente liberada de toda prestación derivada del mismo.

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

2. Tramitación del siniestro:

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

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

A) MUERTE POR ACCIDENTE:

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

B) INVALIDEZ DEFINITIVA O PROFESIONAL POR ACCIDENTE:

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

C) INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

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

3. Devengo y pago de la indemnización:

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

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

Cesará el derecho a devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado, según el criterio del

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

De todas formas el proceso normal será:

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

D) ASISTENCIA SANITARIA:

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

ARTÍCULO 13º - Extinción y nulidad del contrato

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

ARTÍCULO 14º - PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Instancias de reclamación:

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

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

ARTÍCULO 15º - TRÁMITE PERICIAL

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

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

ARTÍCULO 16º - Comunicaciones

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

ARTÍCULO 17º - Tratamiento de datos de carácter personal

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

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

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

CLAUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

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

2. RIESGOS EXCLUIDOS.

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

- A) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- B) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- C) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- D) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- E) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- F) Los derivados de la energía nuclear.
- G) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- H) Los causados por actuaciones producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales.
- I) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- J) Los causados por mala fe del asegurado.
- K) Los producidos antes del pago de la primera prima.
- L) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.

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

revalorización automática de capitales.

3. FRANQUICIA.

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

4. PACTOS DE INCLUSIÓN FACULTATIVA EN EL SEGURO ORDINARIO

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguro a primer riesgo, seguro a valor de nuevo, capital flotante o compensación de capitales, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

5. INFRASEGURO Y SOBRESEGURO

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

6. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

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

Emitido por triplicado en Madrid a 27 de enero de 2016

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

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

**POR LA COMPAÑÍA
Huebener Versicherungs-AG**

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

Número de Póliza: ESBOP227890

CHUBB®



SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

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 día de la hospitalización, **según la opción de franquicia elegida (7 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:

.....200.00 Euros

Franquicia

Accidente de Circulación.....Sin franquicia

Accidente diferente a Circulación:

..... 7 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 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 €

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

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 un 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 hípicas, 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 la 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.