

Seguro de Accidentes Colectivo

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. **El 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. **El Asegurado**, cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.
3. **Los 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.
4. **El Asegurador**, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro.
5. **El Beneficiario**, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.
6. **Prima**, el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
7. **Franquicia deducible**, es la cantidad, porcentaje o período de tiempo expresamente pactado, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.
8. **Carencia**, el período 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 Condiciones Particulares de la póliza.

Salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, la cantidad máxima a abonar por un mismo accidente será de 27.000.000 euros.

PRELIMINAR

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 1980, al Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados y al Real Decreto 2486/1998 por el que se aprueba el Reglamento de ordenación y supervisión de seguros privados, y a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan. Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas intentando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CAPÍTULO I

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA EL ASEGURADOR

La Compañía Aseguradora garantiza la realización de las prestaciones previstas para compensar el interés asegurado en caso de siniestro.

Artº. 2º. RIESGOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADOR

A) INTERÉS ASEGURADO

A.1 El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza. La cobertura puede alcanzar cualquiera de las siguientes modalidades, según quede establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza:

1. **Cobertura de veinticuatro horas:** la presente modalidad garantiza el pago de las indemnizaciones previstas cuando el Asegurado sufra un accidente amparado por la póliza, tanto en su vida privada como en el ejercicio de su profesión.
2. **Riesgo profesional:** las garantías quedan limitadas a los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo declarado en las Condiciones Particulares, incluido el riesgo in itinere. Quedan por tanto excluidos los accidentes que se produzcan en el curso de su vida privada o durante el ejercicio de actividades profesionales, empresariales o laborales distintas a las indicadas en las Condiciones Particulares.
3. **Riesgo extraprofesional:** la cobertura queda limitada a los accidentes extraprofesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del Asegurado, quedando por tanto excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

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

- a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error o por acto criminal de terceros productos tóxicos o corrosivos.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado.
- c) Las luxaciones, los desgarros y las distensiones musculares o de tendones, incluso si son consecuencia de un súbito y brusco esfuerzo propio.
- d) Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión

atmosférica, siempre que el Asegurado haya estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto en póliza.

- e) La asfixia por inmersión.
- f) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos si han sido motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- g) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los ocurridos prestando el servicio militar (excepto en aeronáutica y paracaidismo) o la Prestación Social Sustitutoria, en tiempo de paz, así como los que sean consecuencia de actos realizados para salvar personas o bienes.
- h) Los accidentes que tengan su origen en vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o mentales, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias o patologías no se hubieran puesto de manifiesto con anterioridad a la contratación de la póliza.
- i) Las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas últimas produzcan, como la malaria, el tifus exantemático, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño y similares.
- j) Los derivados del uso de medios normales de locomoción terrestre utilizando como pasajero o conductor (siempre que se esté en posesión de la autorización administrativa correspondiente) toda clase de vehículos automóviles, furgonetas o camiones y como conductor de motocicletas cuya cilindrada no exceda de 125 c.c., o pasajero de cualquier tipo de motocicleta. Los ocurridos como pasajero en viajes marítimos en buques de pasajeros y los accidentes de aviación sufridos como pasajero de aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros, salvo lo indicado en el apartado f de las exclusiones.

A.2 La indemnización o prestación como consecuencia de alguna de las siguientes garantías, cubiertas por la póliza cuando expresamente figuren en las Condiciones Particulares:

Riesgo Primero: Muerte

1. Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado, en el plazo de tres años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del asegurado.

El Asegurador satisfará a los mismos beneficiarios, previa justificación de las circunstancias del accidente y presentación de un Certificado Médico Oficial en el que consten las causas del fallecimiento, un anticipo del 5%

del capital asegurado para afrontar los gastos inmediatos generados a consecuencia del accidente.

En caso de que la prestación correspondiente a la cobertura de fallecimiento se revele indebida, los Beneficiarios se obligan a restituir al Asegurador el importe percibido en razón de lo indicado en el párrafo anterior.

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.

2. Orfandad: Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge, el asegurador abonará a aquellos beneficiarios que sean hijos de ambos cónyuges y que además sean menores no emancipados, o bien estén afectados por una incapacidad absoluta para cualquier trabajo, un capital adicional global, para el conjunto de hijos, en concepto de ORFANDAD, de 9.000 euros.
3. Muerte por agresión: Si se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de atraco, secuestro o cualquier otro tipo de agresión por parte de terceros, la indemnización por la cobertura de MUERTE se incrementará en un capital adicional de 9.000 euros, salvo que la agresión se produjera en alguna de las situaciones que se señalan en el artículo 3º (RIESGOS EXCLUIDOS).
4. Muerte por infarto de miocardio: A los solos efectos de la cobertura de muerte, el infarto de miocardio tendrá la consideración de accidente. En caso de fallecimiento por infarto de miocardio la indemnización por muerte queda limitada a un capital de 9.000 euros o al 100% del capital garantizado en caso de fallecimiento si

éste fuera inferior.

Riesgo Segundo: Incapacidad Permanente

1. Se entiende por incapacidad permanente, a los efectos del presente contrato, la situación de limitación funcional irreversible sobrevenida a consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente.

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 de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de invalidez.

2. Cuando un accidente ocasione al Asegurado, en el plazo de tres años a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo, una incapacidad permanente, el Asegurador pagará la indemnización debida, que se calculará según lo indicado en el punto 3.

La situación de incapacidad permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

En el supuesto de que transcurran tres años desde la fecha del accidente sin que la invalidez que sufra el Asegurado pueda calificarse de estable y definitiva, el Asegurador pagará la indemnización de acuerdo con el grado de invalidez que tenga el Asegurado en el momento de cumplirse dicho plazo, al margen de la posibilidad de reversibilidad o agravación. El pago en cuestión tendrá el carácter de total y definitivo para la cobertura que nos ocupa, sean cuales fueren las consecuencias previstas o imprevistas de la invalidez valorada.

3. 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:

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

COSTILLAS

Fractura de costillas con deformaciones tóricas 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%
----------------------------	-----

RIÑON

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%
Akortamientos:	
- 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%

4. 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, incluidas las de menor importancia, 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 estado de malformación 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 ORGANOS:

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 VARIAS LESIONES:

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%.

Riesgo Tercero: Invalidez Temporal

Se entiende por Invalidez Temporal, la lesión que imposibilite transitoriamente y de forma total al Asegurado para el desempeño de su actividad laboral o profesional, descrita en las Condiciones Particulares.

En caso de determinarse la Invalidez Temporal del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurador abonará una indemnización diaria durante el **plazo máximo de duración de la póliza establecido en Condiciones Particulares y en cualquier caso, con el límite de un año**, una vez aplicada la franquicia, desde el inicio de la prestación.

La indemnización se reducirá al 50 por ciento tan pronto como el Asegurado, aún siguiendo en situación de Invalidez Temporal, pueda dirigir, vigilar o dedicarse a sus ocupaciones de forma parcial.

La indemnización diaria comenzará a devengarse a partir del día en que se inicie la imposibilidad del Asegurado para desarrollar sus actividades, siempre acreditado mediante certificación médica.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado, y se abona con independencia de estas coberturas.

La presente Garantía se anulará automáticamente con la jubilación del Asegurado y, en todo caso, al cumplir los 65 años de edad.

Riesgo Cuarto: Asistencia Sanitaria

A) Se entiende por Asistencia Sanitaria la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos.

El Tomador del Seguro deberá elegir en el momento de la contratación de la póliza, y así constará en Condiciones Particulares, uno de los siguientes tipos:

- ASISTENCIA SANITARIA CUADRO MEDICO:** La Prestación de servicios médicos clínicos y farmacéuticos en cuadro médico.
- LIBRE ELECCIÓN:** El reembolso de los gastos ocasionados hasta el límite del capital fijado en Condiciones Particulares.
- ASISTENCIA SANITARIA CUADRO MEDICO Y LIBRE ELECCIÓN:** La Prestación de servicios médicos clínicos y farmacéuticos en cuadro médico y el reembolso de los gastos ocasionados hasta el límite del capital fijado en Condiciones Particulares en centros de libre elección.

B) Consideraciones comunes a todos los tipos de Asistencia:

Si como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador prestará la asistencia médica o le abonará los gastos médicos de acuerdo con el tipo elegido en Condiciones Particulares durante el **plazo máximo de duración de la póliza y, en cualquier caso, con un límite máximo de un año y un mínimo de treinta días**.

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

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

- Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.
- Operaciones de salvamento o búsqueda del accidentado y transporte necesario hasta un máximo de 750 euros por asegurado y siniestro.
- 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.
- Los de cirugía plástica, reparadora, prótesis, gafas,

aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos con el límite máximo del 25% del capital fijado para esta garantía en Condiciones Particulares, sin que pueda sobrepasar la cantidad de 750 euros.

5. 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.

Esta garantía se anulará automáticamente con la jubilación del Asegurado y en todo caso al cumplir éste los 65 años de edad a efectos del Seguro.

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

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 pertenece. 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.

Riesgo Quinto: Hospitalización y Convalecencia

En caso de internamiento del Asegurado en un centro clínico asistencial, motivado por un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará la indemnización diaria pactada por este concepto a partir del primer día de hospitalización, siempre y cuando haya permanecido internado un mínimo de veinticuatro horas.

El periodo máximo indemnizable será el de duración de la póliza y, en todo caso, un año.

1. Si una vez terminado el periodo de hospitalización el Asegurado debiera proseguir, por prescripción facultativa, la convalecencia en su domicilio o en un centro especializado, el Asegurador pagará el 50 por ciento de la indemnización diaria pactada mientras perdure tal situación y como máximo durante sesenta días.
2. La presente cobertura es compatible e independiente de la asistencia sanitaria, que puede por tanto ser asimismo incluida en el seguro.

A) EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Salvo lo indicado de forma específica para las garantías de Asistencia Sanitaria e Incapacidad Temporal, el contrato finaliza al término de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

B) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

1. La **evaluación médica** de la invalidez o incapacidad del Asegurado para determinar la indemnización que corresponda a dicha invalidez.
2. El **pago** de los capitales fijados para las diferentes

consecuencias del accidente.

3. El pago de las facturas de los gastos médicos producidos, cuando dicha cobertura esté contratada.

C) ÁMBITO TERRITORIAL

El Seguro es válido en todo el mundo.

Para las Garantías de INVALIDEZ TEMPORAL y ASISTENCIA SANITARIA CUADRO MEDICO, la prestación solo se realizará durante el tiempo en que el Asegurado permanezca en territorio español.

Si algún Asegurado traslada su domicilio al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

Artº. 3º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Personas no asegurables:

- a) Las personas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, diabetes (salvo lo previsto en el párrafo siguiente) o de otras enfermedades graves y/o permanentes no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación, devolviendo el Asegurador al Tomador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

La garantía relativa a personas afectadas de diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en la sangre no supere los 200 mg. por decilitro y la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

- b) Para los asegurados menores de 14 años, la prestación para el caso de muerte se entiende sustituida por el reembolso de los gastos de sepelio, hasta un máximo de 6.000 euros.
- ### 2. Accidentes excluidos, garantizables por cláusula especial: Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el Asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos:
- a) Actividades deportivas: siempre y cuando se realicen en calidad de aficionado y sin ningún tipo de remuneración: pesca submarina con oxígeno, escalada, esquí de nieve y náutico, halterofilia, hípica (polo y salto), hockey, judo, kárate, lucha, motonáutica, patinaje, rugby, saltos de trampolín, surf, taekwondo, y cualquier otro deporte no mencionado o de nueva creación, cuyo riesgo pueda considerarse similar a los anteriores.
 - b) Conducción de motocicletas: Con cilindrada superior a 125 c.c., para uso exclusivamente privado.
- ### 3. Accidentes agravados:

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o un estado morboso preexistente o sobrevenido después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo, el Asegurador no responde de los efectos que tales circunstancias concurrentes hayan producido sobre las consecuencias del accidente.

4. Riesgos y consecuencias que en ningún caso son cubiertos por el Asegurador:

- a) Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el punto 9 del Apartado Preliminar- Definiciones. Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- b) 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. No obstante, para los Asegurados menores de 10 años de edad, están garantizados los accidentes a consecuencia de riñas y peleas.
- c) Suicidio o tentativa de suicidio. Operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.
- d) Todo tipo de enfermedades y epidemias.
- e) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- f) 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 motor, paracaidismo y similares.
- g) Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.
- h) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente, o condujera un vehículo bajo dichas circunstancias.
- i) La práctica del boxeo, alpinismo, puenting, deportes náuticos y otros de similar riesgo.
- j) 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; Manejo de explosivos.
- k) Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- l) Salvo para la cobertura de fallecimiento, según lo dispuesto en el Art. 2º A.2 de estas Condiciones Generales, el infarto de miocardio no tendrá la consideración de accidente a efectos de este contrato, así como tampoco aquellos hechos que,

aún siendo reconocidos como accidente por la Autoridad Laboral a efectos de prestación de la Seguridad Social, no se encuentren incluidos en la definición de accidente de estas Condiciones Generales.

- m) 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, salvo terrorismo, 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.

- n) Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser o ultravioletas, generados artificialmente.
- o) Los accidentes de aviación, excepto lo indicado en el Art. 2º, punto 3, letra j.

COPIA

Artº. 4º. RIESGOS, DERIVADOS DE ACCIDENTE, EN NINGÚN CASO DE ENFERMEDAD, QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Clausula 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 tomados) 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 halla 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.consorseguros.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.

COPIA