

Condiciones Generales

Legislación Aplicable

Este contrato de seguro queda sometido a la legislación española y, en especial,

- La Ley de contrato de Seguro 50/80, de 8 de Octubre (B.O.E. 17-10-80).
- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y el R.D.L. 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.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- R.D.L. 7/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, modificado por la Ley 12/2006, de 16 de Mayo y por el R.D. 1265/2006, de 8 de noviembre.
- Ley de la Seguridad Social.
- Cualquier otra norma que durante la vida de esta Póliza pueda ser aplicable.

El Asegurador queda sometido al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Economía de España.

Definiciones

Asegurador

Persona jurídicas que asumen el pago de las prestaciones convenidas en la Póliza, dentro de las condiciones pactadas, si se produce el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Tomador

Persona jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe el contrato para Asegurar al Grupo asegurado, y es responsable, entre otras obligaciones, del pago de la prima.

Grupo Asegurado

Colectivo de personas físicas con las que el Tomador tenga un vínculo y son comunicados por éste.

El vínculo quedará definido en las Condiciones Particulares, en el apartado "Denominación del Grupo de Riesgo".

En cada aniversario, a la fecha de inicio de la cobertura se procederá a la regularización y renovación del contrato en base a las modificaciones producidas en el Grupo Asegurado.

Asegurado

Cada una de las personas físicas en cuyo interés se celebra el contrato, cuya vida o integridad física se asegura y que, salvo indicación en contrario incluida en las Condiciones Particulares, es el titular del derecho a las prestaciones e indemnizaciones garantizadas por la Póliza.

Beneficiario

Persona o personas en cuyo favor se generen las prestaciones garantizadas por este contrato para el caso que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Salvo pacto en contrario estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, se

conviene expresamente que el Tomador renuncia a la facultad de designación de Beneficiario para la percepción de las prestaciones de este contrato concediéndola, con toda su eficacia y de forma permanente, a los Asegurados de la Póliza.

Por este mismo hecho, la revocación de la designación de Beneficiarios efectuada con anterioridad corresponderá a los Asegurados. La condición de Beneficiario corresponderá a las personas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura, y en caso de falta de designación expresa por parte del Asegurado, ostentarán esta condición los siguientes:

- El propio Asegurado en caso de Incapacidad Permanente.
- En caso de Fallecimiento, regirá el orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación:
 - Cónyuge no separado legalmente o la pareja de hecho.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
 - Hijos o descendientes, naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo la protección del Asegurado en régimen de acogimiento preadoptivo, todos ellos por partes iguales.
 - Padres o ascendientes por partes iguales.
 - Hermanos por partes iguales.
 - Herederos legales.

Unidad Familiar

Es la formada por los cónyuges e hijos dependientes del asegurado, siempre y cuando residan con ellos en el domicilio familiar, no tengan más de 25 años, no ejerzan una profesión remunerada y no hayan contraído matrimonio.

Pareja

El cónyuge no separado legalmente o la pareja de hecho acreditada mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

Hijos

Hijos del Asegurado, solteros y que no tengan más de 25 años, que residan con él o que vivan en otra vivienda exclusivamente por razones de carácter académico, es decir, por encontrarse realizando estudios a tiempo completo.

Propuesta de seguro y/o Cuestionario de declaración del riesgo

Documento o documentos, que forman parte integrante de la Póliza, suscritos por el Tomador donde constará la información necesaria para la aceptación del riesgo asegurado por parte del Asegurador.

Póliza

Documento mediante el cual se formaliza el contrato celebrado entre el Tomador y el Asegurador, donde constan las correspondientes Condiciones Generales y Particulares acordadas y, en su caso, las Condiciones Especiales (si las hubiere).

Suplemento

Documento donde se formaliza, mediante acuerdo entre el Tomador y el Asegurador, la modificación de la Póliza.

Prima

Precio del seguro (incluyendo los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación), que debe satisfacerse al Asegurador.

Siniestro

Cualquier suceso susceptible de activar las coberturas (prestaciones o indemnización) previstas en la Póliza.

Indemnización

Cuánta que el Asegurador está obligada a pagar de acuerdo con las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, si las hubiere, de la presente Póliza, hasta el límite de la cantidad cubierta.

Fecha de vencimiento

Aquella fecha en la que el contrato, quedará extinguido por haber transcurrido el plazo convenido o por haberse realizado el pago de la última de las prestaciones que, de acuerdo con las condiciones del contrato, haya de satisfacer el Asegurador.

Fecha de devengo

Aquella fecha en la que la prestación es exigible, según se hubiera convenido y siempre que se cumpla la/s condición/es fijada/s para ello.

Periodo de carencia

Periodo que media hasta la fecha de inicio del periodo de cobertura de cada prestación contratada.

Periodo de cobertura

Periodo en el que debe ocurrir el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura en cada una de las prestaciones garantizadas.

Periodo de devengo

Aquél durante el cual se percibe la prestación pactada en Póliza.

Franquicia

Número de días consecutivos contados a partir del día siguiente al del accidente, o de la asistencia médica/hospitalaria consecuencia del accidente, si ésta fuera posterior, especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza, durante los cuales no habrá lugar a indemnización en caso de siniestro cubierto

Accidente

Se entiende por Accidente la lesión corporal sufrida por el Asegurado, derivada de una causa violenta, súbita, fortuita, momentánea, externa y ajena a su voluntad.

En todo caso, a los efectos de la presente Póliza, se considerarán Accidentes y, en consecuencia, se indemnizarán por la garantía que proceda:

- Las consecuencias de envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Práctica ocasional de deportes como aficionado, que no estén expresamente excluidos en la póliza.
- Las consecuencias de rayo, incendio, explosión, electricidad o similares.
- Las consecuencias de la utilización como conductor o pasajero de:
 - todo tipo de vehículos motorizados de más de 3 ruedas.
 - todo tipo de motocicletas, siempre que el Asegurado tenga más de 27 años (Incluido) de edad.

Queda expresamente excluida la participación en toda clase de pruebas deportivas.

- Las consecuencias de los Accidentes que puedan sobrevenir a los Asegurados a bordo, como ocupantes o pasajeros, de

cualquier medio público de transporte, sea por vía terrestre, férrea, fluvial, marítima o aérea, incluyendo en este último caso a toda clase de aeronaves y helicópteros, **excepto aparatos deportivos.**

- Las consecuencias de infecciones a causa de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un Accidente cubierto por la Póliza o cuando el agente patógeno hubiera penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un Accidente cubierto o de la mordedura o picadura de cualquier clase de animal.
- Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos cuando sean debidas o motivadas por un Accidente cubierto por la Póliza.
- Las consecuencias de acciones acaecidas en legítima defensa propia o de terceros así como en el intento de salvamento de personas o bienes.
- Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras inclemencias del tiempo o de la presión atmosférica a las que el Asegurado haya estado expuesto como consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza.
- Las hernias, esfuerzos o distensiones musculares, lumbalgias con o sin irradiación ciática o similares siempre que tengan su origen en un Accidente cubierto por la Póliza.
- La asfixia por gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas, sean o no alimenticias, salvo que se trate de actos conscientes del Asegurado.

Accidente laboral

Lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la prestación de un trabajo

retribuido, siempre que sea considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Accidente no laboral

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado y que no tiene carácter de Accidente laboral.

Fallecimiento

Muerte del Asegurado como consecuencia directa de un Accidente.

Enfermedad

Cualquier alteración en el estado de salud que no pueda considerarse como Accidente conforme a lo definido en la presente póliza.

Situación o enfermedad preexistente

Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

Infarto de miocardio

La oclusión de una o más ramas de las arterias coronarias (necrosis isquémica del miocardio), que causa la muerte irreversible, total o parcial, del músculo cardíaco por la interrupción del aporte sanguíneo.

Accidente cerebrovascular

El cese repentino, total o parcial, de la función cerebral, infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneana.

Gastos médicos

Los gastos necesarios para el tratamiento de las lesiones sufridas prescritos por un médico

para el tratamiento de una enfermedad o lesión derivada de un accidente.

Médico

Licenciado en medicina por una Facultad de Medicina que esté legalmente autorizado para ejercer la profesión en su país. **A efectos de esta Póliza, no serán considerados como tal, el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario y cualquier persona que sea pariente de los anteriores en línea directa según lo previsto en la legislación española.**

Hospital o clínica

Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o Accidentes, dotada de los elementos y medios humanos y materiales adecuados para realizar diagnósticos y tratamientos, incluyendo intervenciones quirúrgicas. Dicha institución deberá proporcionar, de modo continuado, asistencia médica y de enfermería las 24 (veinticuatro) horas del día los 365 días del año-en el caso de la Hospitalización- para el cuidado y tratamiento de las personas accidentadas. **A efectos de esta póliza, no se considerarán Hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o residencias de ancianos, lugares de vigilancia y observación de enfermos, manicomios o instituciones psiquiátricas o dedicadas principalmente a ingresos y/o tratamientos de toxico dependientes o alcohólicos.**

Hospitalización

Permanencia como paciente por un período de tiempo superior a 24 (veinticuatro) horas, con el fin de recibir tratamiento médico en un hospital o una clínica, legalmente autorizados por las Autoridades Sanitarias del país donde tenga lugar la hospitalización.

Secuela

Pérdida anatómica o pérdida funcional, irreversible y definitiva, que persiste tras la

curación de una lesión padecida a consecuencia de un accidente.

Secuelas permanentes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo no reconocidas como tales en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, por tener su origen en un accidente no laboral y/o no constituir una incapacidad permanente, pero que sí suponen una disminución o alteración de la integridad física del Asegurado.

Guerra

Conflicto armado, declarado o no, entre Estados o en un mismo Estado. Se incluye también en esta definición la invasión de un Estado por parte de otro o la declaración de estado de sitio. Se equiparan a actos de Guerra Civil: rebelión armada o no, revolución, insurrección, golpe de estado, consecuencias de la ley marcial, cierre de fronteras por un gobierno o por las autoridades locales.

Actos de terrorismo

Toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido, o causar temor e inseguridad en el medio social en que se produce. A efectos de la presente Póliza, se consideran actos de violencia: los atentados a la integridad física o moral de las personas, raptos, cautiverios ilegales, secuestros, incluyendo los perpetrados a través de, o utilizando cualquier medio de transporte, uso de explosivos o de cualquier otro tipo de armas o artefactos, así como cualquier otro acto semejante.

No se considerarán Actos de Terrorismo los robos o cualquier otro acto delictivo cometidos en beneficio propio y los actos resultantes de relaciones personales anteriores entre el(los) perpetrador(es) y la(s) víctima(s).

Actos ilegales

Actos contrarios al ordenamiento jurídico.

Catástrofes naturales

Suceso de carácter meteorológico, geológico u otro, de intensidad anormal y que así sea declarado por las autoridades competentes.

Motines

Todo movimiento acompañado de violencia dirigido contra la autoridad para obtener satisfacción de ciertas reivindicaciones de orden político, económico o social, siempre que el hecho no tuviese carácter terrorista o fuese considerado tumulto popular.

Riesgo nuclear, biológico y químico

Cualquier hecho relacionado con una causa de origen nuclear, biológico y/o químico.

Transporte público

Transportes colectivos o individuales a disposición de cualquier persona mediante pago y utilizados de forma compartida en el espacio y tiempo. **No se incluyen dentro de esta definición los vehículos de alquiler de corta o larga duración.**

Objeto del Contrato

El presente Contrato de Seguro Colectivo de Accidentes se rige por las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, sobre la base de las declaraciones prestadas por el Tomador del Seguro en el Cuestionario y/o la Propuesta de Seguro, que pasan a formar parte integrante del Seguro.

El Asegurador pagará la indemnización correspondiente a consecuencia de Accidentes sufridos por el/los Asegurado/s, sujeta a los límites de la cobertura o coberturas contratadas, y conforme a las disposiciones expresamente recogidas en la Condiciones Particulares de la Póliza.

Ámbito Temporal de la Cobertura

Las coberturas definidas en la Póliza, pueden ser garantizadas en el ámbito temporal contratado e indicado en las Condiciones Particulares. El ámbito temporal puede ser:

24 horas

Quedarían amparados los Accidentes que el Asegurado pueda sufrir durante las 24 horas del día.

Laboral

Quedarían amparados los Accidentes que el Asegurado pueda sufrir durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo habitual desarrollados por cuenta del Tomador, incluyendo los Accidentes que sufra el Asegurado al ir o volver del lugar de trabajo, lo que se calificará como Accidente Laboral "in itinere".

Tendrán la consideración de Accidente laboral "in itinere", cuando sean admitidos y calificados como Accidente de trabajo por la Seguridad Social, la Autoridad Laboral competente o los Órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

Extralaboral

Quedarían amparados los Accidentes extraprofesionales, es decir a aquellos acaecidos en la vida particular y privada del Asegurado, asimismo, **quedan excluidos los Accidentes que puedan producirse en los desplazamientos del Asegurado desde su domicilio hasta el lugar del trabajo y desde éste hasta su domicilio (calificado como Accidente "in-itinere").**

Ámbito Geográfico

Salvo pacto en contrario expresamente reflejado en las Condiciones Particulares, las coberturas de la Póliza serán válidas en todo el mundo, siempre y cuando la ausencia de territorio Español por parte del Asegurado, por cualquier motivo, no exceda de 3 meses, de superar este periodo, el Tomador está obligado a notificarlo al Asegurador.

No se entenderá que el Asegurador otorga cobertura y por tanto, no responderá del pago de una reclamación, ni otorgará prestación alguna con arreglo a lo aquí estipulado, si el otorgamiento de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la puesta a disposición de dicha prestación pudiera exponer al Asegurador, a su matriz o a la entidad que en última instancia controle al Asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones recogidas en las resoluciones de Naciones Unidas o a las sanciones económicas o comerciales, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o los Estados Unidos de América.

Límites de Edad

Salvo acuerdo en contrario incluido en las Condiciones Particulares:

- No quedarán cubiertos bajo la cobertura de Fallecimiento los menores de 14 años de edad.
- Cuando el Asegurado cumpla 70 años de edad, cesarán todos los efectos de la póliza, a excepción de la cobertura por Fallecimiento o Invalidez Permanente por Accidente, que se mantendrán vigentes hasta que este cumpla 75 años.

Coberturas del Seguro

Siempre que sean contratadas y así figuren reflejadas expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza, quedarían garantizadas las siguientes Coberturas:

Fallecimiento por Accidente

El Asegurador pagará al Beneficiario la prestación acordada, si se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

Se entenderá por fallecimiento, el ocurrido de forma inmediata a la ocurrencia del Accidente o en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde la fecha del accidente.

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza se produzca en el plazo citado de los cinco años; para proceder a su indemnización se deberá acreditar fehacientemente que el fallecimiento es como consecuencia de dicho Accidente.

Coberturas Adicionales de Fallecimiento por Accidente

Gastos de Sepelio

El Asegurador reembolsará los gastos incurridos en el sepelio del Asegurado, con un límite de 3.000 euros, siempre y cuando:

- Se produzca el fallecimiento de un Asegurado.
- La causa del fallecimiento sea un Accidente cubierto en Póliza.
- Los gastos sean justificados mediante factura emitida por la funeraria.

Asesoría Legal y Fiscal para la Tramitación y Liquidación del Impuesto de Sucesiones y otros Trámites Legales

En caso de que se produzca un fallecimiento por Accidente de un Asegurado cubierto por la Póliza, se garantiza el asesoramiento telefónico a los Beneficiarios del Asegurado, orientado a resolver dudas sobre:

- La normativa relacionada con la herencia y sucesión del Asegurado fallecido (tales como el proceso de obtención del testamento o la aceptación de la herencia).
- La aplicación de la normativa tributaria que grava la sucesión hereditaria.
- Las condiciones para acceder a prestaciones de la Seguridad Social derivadas del fallecimiento del Asegurado (viudedad, orfandad, auxilio por defunción, subsidio en favor de familiares, prestación familiar por hijo a su cargo).

La consulta se atenderá verbalmente, sin emisión de dictamen escrito, y sobre derecho español. El asesoramiento consistirá en una primera orientación jurídica sobre la materia objeto de la consulta y no incluirá revisión de documentación.

Aquellas consultas que requieran estudio y búsqueda de legislación serán atendidas en un plazo máximo de 48 horas, siendo el Asegurador quien contacte posteriormente con el Beneficiario del Asegurado para responder a su petición.

Incapacidad Permanente Parcial por Accidente

Se entenderá por Incapacidad Permanente la pérdida anatómica o funcional, previsiblemente irreversible sufrida por un Asegurado, a causa de un Accidente cubierto por la Póliza y

sobrevenida dentro del plazo máximo de dos años y medio a contar desde la fecha del Accidente, y siempre que éste ocurra durante la vigencia del seguro.

En el caso de que la Incapacidad Permanente derivada de un Accidente se produzca o reconozca en el plazo citado de los dos años y medio; para proceder a su indemnización se deberá acreditar que dicha Incapacidad Permanente es consecuencia del Accidente mediante la oportuna resolución, sentencia firme, informe médico o cualquier otro documento probatorio válido.

Cuando un Asegurado es víctima de un Accidente cubierto por la Póliza, y médicamente se establece que persiste la Invalidez Permanente parcial o total, el Asegurador pagará al Asegurado la cuantía que se obtiene de multiplicar el importe indicado en las Condiciones Particulares por el índice de invalidez de acuerdo con la tabla de **Baremo de Parciales**.

Cuando las consecuencias de un Accidente cubierto se vean agravadas por una enfermedad, por la salud de la víctima, por una incapacidad preexistente, por un tratamiento con recurso a medicinas alternativas o debido al rechazo o a la negligencia del Asegurado a ser tratada en la forma que su condición exige, el Asegurador pagará al Asegurado una compensación calculada, no a partir de las consecuencias efectivas del caso, sino a partir de las que se habrían verificado en una persona en condiciones normales y bajo un tratamiento médico racional y apropiado.

Baremo de Parciales

Salvo acuerdo en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza, el **Baremo de Parciales**, para valorar el porcentaje de indemnización en función de las secuelas definitivas e irreversibles, a

consecuencia del Accidente sufrido, aplicable en la garantía de Incapacidad Permanente, en el caso de ser contratada en la póliza, será el siguiente:

| Pérdida o Incapacidad Total Permanente de: | % Incapacidad |
|---|---------------|
| Al menos un miembro | 100% |
| Pérdida de la visión | 100% |
| Parálisis total | 100% |
| Daños cerebrales graves e incurables | 100% |
| Pérdida del habla | 100% |
| Audición en ambos oídos | 100% |
| Audición en uno de los oídos | 25% |
| Sentido del tacto u olfato | 10% |
| Un dedo pulgar | 30% |
| Un dedo índice | 20% |
| Otro dedo | 10% |
| Un dedo grande del pie | 15% |
| Otro dedo del pie | 5% |
| Bazo | 5% |
| Riñón | 20% |
| Un hombro o un codo | 25% |
| Una muñeca, cadera, talón o tobillo | 20% |
| Maxilar inferior debido a un tratamiento quirúrgico | 30% |
| Costillas o columna vertebral por debajo del cuello sin lesión de la médula espinal | 40% |
| El cuello o vértebras del cuello sin lesión de la médula espinal | 30% |
| Cicatrices faciales permanentes con una longitud superior a los 5 cm | 5% |
| Cicatrices faciales permanentes con una longitud superior a los 10 cm | 10% |

- Los tipos de invalidez no incluidos en la tabla anterior estarán vinculados a la indemnización en la proporción de su gravedad respecto de la de los casos enumerados.
- En caso de pérdida o incapacidad de cualquier parte del cuerpo, órganos y otros no incluidos en la tabla anterior, será reconocido por el Asegurador a efectos de indemnización, el porcentaje de minusvalía basado en el Real Decreto 1971/199 de 26 de Enero de 2000.

- Si médicamente se establece que el Asegurado es zurdo, el índice de invalidez indicado para el brazo derecho se aplicará al brazo izquierdo y viceversa.
- Si varias lesiones o tipos de invalidez afectaran a un mismo miembro u órgano, el índice de invalidez establecido no podrá ser superior al de la pérdida del mismo miembro u órgano.
- Si varios miembros u órganos se viesan afectados por el mismo Accidente, los índices de invalidez se acumularán pero nunca superarán el 100%.
- En caso de incapacidad de varios miembros u órganos como consecuencia de uno o varios Accidentes, el pago nunca podrá superar el capital asegurado por Incapacidad Permanente máxima contratada en póliza.
- Si debiese pagarse una indemnización por pérdida o incapacidad de una parte completa del cuerpo, no podrá reclamarse una parte de dicha parte del cuerpo.
- En caso de pérdida permanente parcial o de Incapacidad Permanente parcial, una parte proporcional del porcentaje establecido para la pérdida completa o para la Incapacidad Permanente total se pagará a prorrata de la gravedad de esa pérdida o incapacidad.

En la determinación del porcentaje de la incapacidad se deducirá cualquier Incapacidad Permanente existente antes del Accidente.

Incapacidad Permanente Total por Accidente

Se considerará como Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un Accidente, la situación física previsiblemente irreversible provocada por un Accidente y determinante de la total ineptitud del

Asegurado para el mantenimiento permanente de su profesión habitual.

Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente

Se considerará como Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un Accidente cubierto por la Póliza, la situación física previsiblemente irreversible provocada por un Accidente y determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados.

Gran Invalidez por Accidente

Se considerará como Gran Invalidez la situación de un Asegurado afectado de Incapacidad Permanente que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Condiciones Comunes a las Coberturas de Incapacidad

Se hace expresamente constar que salvo acuerdo en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la póliza:

- La cobertura de la garantía de la Invalidez Permanente Total o Profesional incluye la cobertura de la Invalidez Permanente Absoluta y de la Gran invalidez.
- De la misma manera, la cobertura de la garantía de la Invalidez Permanente Absoluta, incluye la de la Gran invalidez.
- Para la calificación como Invalidez Permanente y la determinación de sus grados se aplicarán las condiciones establecidas en las disposiciones del régimen de Seguridad Social o el criterio de insaculación de peritos previsto en el artículo 38 de la Ley 50/1980 de contrato de seguro.

En consecuencia, las coberturas de Incapacidad Permanente parcial, Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio y la Gran Invalidez, serán reconocidas por el Asegurador cuando sean declaradas en sentencia firme o valoración definitiva, por el organismo competente o equipo médico, según el criterio seguido para el reconocimiento de la incapacidad.

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal por Accidente

En caso de accidente cubierto en póliza, y durante un periodo máximo de 365 días, el Asegurador abonará al beneficiario, a partir del día siguiente a la franquicia contratada, una cuantía diaria del 0,05% del capital de fallecimiento contratado en las Condiciones Particulares.

Las opciones de franquicia son:

- Incapacidad Temporal por accidente (IT) Baja diaria, Franquicia 7 días.
- Incapacidad Temporal por accidente (IT) Baja diaria, Franquicia 15 días.
- Incapacidad Temporal por accidente (IT) Baja diaria, Franquicia 30 días

El pago de la indemnización se liquidará mensualmente al beneficiario de la misma, mientras se halle incapacitado transitoriamente para su actividad laboral o profesional, de acuerdo con el control de los facultativos médicos designados por el Asegurador.

Consideración del Infarto de Miocardio como Accidente

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado a causa de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sus Beneficiarios cobrarán un capital igual al menor de las siguientes cantidades:

- **30% del capital asegurado por fallecimiento por Accidente.**
- **90.000 €.**

El pago de esta indemnización queda supeditado a que sea reconocido como accidente laboral por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes.

Fallecimiento de Ambos Cónyuges en el mismo Accidente

En caso de producirse el Fallecimiento de ambos cónyuges en un mismo Accidente cubierto por la póliza, el Asegurador abonará a los beneficiarios un capital adicional igual al de la garantía de fallecimiento por Accidente indicado en las Condiciones Particulares.

Asegurado Fallecido o Inválido con Hijos Menores o Incapacitados

En caso de producirse el Fallecimiento del Asegurado, o determinarse una Invalidez Absoluta o Gran Invalidez, por una Accidente cubierto por la póliza, y siempre que el Asegurado tuviera a su cargo hijos menores de edad o incapacitados, el Asegurador abonará a los beneficiarios un capital adicional igual al contratado en las Condiciones Particulares para las garantías de fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez por Accidente, según sea la causa de la indemnización de esta garantía

Coberturas Complementarias derivadas de Accidente de Circulación

Tendrá la consideración de accidente de circulación los derivados de hechos de la circulación en los términos previstos en el artículo 3 del Real Decreto 7/2001, de 12 de enero, por el que se aprueba el Reglamento sobre la responsabilidad civil y seguro en la

circulación de vehículos a motor, o la legislación que la sustituya o modifique y esté en vigor en cada momento y, además y en todo caso:

- Las consecuencias de los accidentes acaecidos al Asegurado como peatón causado por un vehículo de cualquier tipo.
 - Las consecuencias de la utilización como conductor o pasajero de:
 - todo tipo de vehículos motorizados de más de 3 ruedas.
 - todo tipo de motocicletas, siempre que el Asegurado tenga más de 27 años (Incluido) de edad.
- Queda expresamente excluida la participación en toda clase de pruebas deportivas.**
- Las consecuencias de los accidentes acaecidos al Asegurado como usuario o pasajero de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

Los Beneficiarios de las garantías complementarias por accidente de circulación en caso de haberse contratado y así se indique en las condiciones particulares, cobrarán un capital adicional a la garantía de accidentes, en la cuantía que se indique en las condiciones particulares.

Asistencia Sanitaria por Accidente

El Asegurador garantiza, durante el plazo máximo de un año a contar desde la fecha del Accidente y hasta la cuantía máxima de 3000 euros, el reembolso de los gastos médicos, farmacéuticos (por prescripción facultativa), quirúrgicos y hospitalarios así como los ocasionados por el servicio de ambulancia y los derivados de rehabilitación física como consecuencia de dicho Accidente cubierto por la póliza.

Se comprenden en este concepto:

- La prestación de servicios médicos tanto en centro asistencial como a domicilio, cuando así fuese preciso, con inclusión de los gastos derivados de los servicios médicos, pruebas médicas (incluidos los servicios complementarios prescritos por un facultativo durante el proceso de curación en régimen no hospitalario), quirúrgicos y farmacéuticos.
- Gastos de hospitalización entendiéndose por tales el precio de la habitación y la manutención, sin extras, del Centro Sanitario en que se halle internado el Asegurado.
- Traslados y desplazamientos que incluye los gastos por traslado urgente del Asegurado desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario donde deba recibir la debida atención médica, excluyendo los medios públicos de transporte; taxi, autobuses urbanos o interurbanos, metro etc, no prescritos medicamente.
- Asistencia de urgencias que comprende aquellos gastos derivados de la necesaria asistencia de carácter urgente y primeros auxilios.
- Gastos de rehabilitación física que incluye los servicios de fisioterapia y similares, así como el alquiler de elementos auxiliares (muletas, sillas de ruedas y análogos) que deba utilizar el Asegurado por prescripción médica durante el proceso de curación.
- Gastos de cirugía plástica y reparadora en casos de incapacidad o graves lesiones estéticas causadas por accidente.
- Gastos de prótesis ortopédica, dentaria, óptica o acústica hasta el límite de 500 euros.

Gastos de Adaptación de Domicilio

Se garantiza el reembolso de los gastos necesarios para reformar y/o adaptar el

domicilio habitual del Asegurado, en caso de Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez, derivado de un Accidente cubierto por la Póliza y hasta un máximo de 1.500 euros por Asegurado.

Este reembolso se realizará de una única vez contra la entrega de facturas a nombre del Asegurado, donde se detallen las operaciones o modificaciones realizadas para la adaptación de la vivienda habitual.

Gastos de Adaptación de Vehículo

Se garantiza el reembolso de los gastos necesarios para reformar y/o adaptar el vehículo del Asegurado en caso de Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez derivada de un Accidente cubierto por la Póliza y hasta un máximo de 1.500 euros por Asegurado.

Este reembolso se realizará de una única vez contra la entrega de facturas a nombre del asegurado donde se detallen las operaciones o modificaciones realizadas para la adaptación del vehículo, siendo de obligado cumplimiento que el vehículo esté a nombre del asegurado.

Suministro de Silla de Ruedas

Se garantiza el reembolso de los gastos derivados de la adquisición de una silla de ruedas con los accesorios mecánicos, eléctricos y motrices que sean necesarios para la mejor adaptación de aquella a las necesidades del Asegurado afecto de invalidez permanente absoluta o Gran Invalidez derivado de un accidente cubierto por la póliza, hasta un máximo de 1.500 euros por Asegurado.

Este reembolso se realizará de una única vez contra la entrega de facturas a nombre del asegurado.

Atención Psicológica al Asegurado

Atención psicológica al Asegurado afecto de una de Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez derivadas de accidente, o al Cónyuge en caso de fallecimiento del Asegurado.

Se garantiza el reembolso de los gastos derivados de la Atención Psicológica:

- Al propio Asegurado, hasta 5 sesiones de terapia con un máximo global de 1.000 euros, en el caso de que el Asegurado sea afectado de Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez derivadas de accidente cubierto por la Póliza, en caso de que así lo deseara.
- Al cónyuge no separado legalmente o la pareja hecho del Asegurado, hasta 5 sesiones de terapia con un máximo global de 2.500 euros, en caso de fallecimiento del Asegurado por Accidente cubierto por la Póliza, en caso de que así lo deseara.

La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

Los reembolsos se realizarán de una única vez contra la entrega de facturas a nombre de los beneficiarios del servicio

Acceso a Red de Servicios Médicos

Según lo indicado en Documento Específico Anexo al Contrato.

Testamento Notarial

Según lo indicado en Documento Específico Anexo al Contrato.

Atención Telefónica Sanitaria 24 horas

Según lo indicado en Documento Específico Anexo al Contrato

Exclusiones Aplicables a la Póliza

Salvo pacto en contrario establecido en estas Condiciones Particulares de la Póliza, se hace constar que quedan excluidas de las coberturas del contrato:

- Cualquier tipo de infarto de miocardio, cerebrovascular etc.
- Los Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro
- Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.
- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin perjuicio de la cobertura que esta entidad otorga.
- Los siniestros provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o cualquier lesión autoinfligida.
- Los actos de imprudencia temeraria.
- La participación del Asegurado en actos delictivos.
- Los Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción (en este caso, cuando no esté prescrita médicamente) y siempre que el juez dictamine la existencia de alcoholismo y/o toxicomanía.
- Lesiones derivadas de intervención quirúrgica o tratamiento médico no relacionadas con Accidentes o Enfermedades cubiertos por las garantías de la póliza.
- Padecimientos congénitos del Asegurado cuando hayan sido detectados o sean del conocimiento de

éste en la fecha de efecto del contrato de seguro.

- La práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado de: deportes de invierno y náuticos; alpinismo y montañismo, equitación y polo; rugby, boxeo, artes marciales y en general deportes de contacto que supongan una confrontación física entre los oponentes; espeleología, puenting, rafting, descenso de cañones; deportes aéreos en general (paracaidismo, globo, ala delta, parapente, etc), caza de animales salvajes, tauromaquia, toreo, encierro de reses bravas.
- Tampoco está cubierta la práctica de deportes en calidad de amateur cuando se incluyan en campeonatos y sus correspondientes entrenamientos, siempre que éstos estén vinculados a la pertenencia a una Federación Deportiva por parte del asegurado, y en caso de no estarlo, siempre quedará excluida la cobertura de Asistencia Sanitaria.
- Accidentes ocurridos a bordo de cualquier aeronave, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero de un avión comercial conducido por un piloto habilitado con licencia de vuelos regulares o irregulares entre aeropuertos o aeródromos debidamente equipados para el transporte de pasajeros.
- Accidentes derivados de la conducción o utilización de vehículos motorizados de dos o tres ruedas, siendo el asegurado menor de 27 años.
- Accidentes provocados por alta tensión, uso de explosivos, actividades de construcción civil con utilización de andamios y accesos a tejados.
- Accidentes derivados de actos de guerra, declarada o no, terrorismo,

huelgas, encierros, alteraciones del orden público, motines, conmociones civiles, movimientos populares, insurrecciones civiles, estados de sitio, secuestros o cuarentena o su proclamación, tumultos, rebelión, insurrección o conspiración.

- Radioactividad o efectos derivados de riesgo de energía nuclear, fusión atómica o desintegración del átomo, salvo cuando sean el resultado de tratamientos médicos.
- Riesgo nuclear biológico o químico.
No se entenderá que el Asegurador otorga cobertura y no responderá del pago de una reclamación, ni otorgará prestación alguna con arreglo a lo aquí estipulado, si el otorgamiento de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la puesta a disposición de dicha prestación pudiera exponer al Asegurador, a su matriz o a la entidad que en última instancia controle al Asegurador, a sanciones, prohibiciones o restricciones recogidas en las resoluciones de Naciones Unidas o a las sanciones económicas o comerciales, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o los Estados Unidos de América.

Administración del Contrato

Todos los avisos y notificaciones que se deriven de este contrato deberán ser cursados por el Tomador del Seguro al Asegurador directamente o a través del Mediador de la Póliza.

Las comunicaciones al Mediador de la Póliza se considerarán como cursadas al Asegurador, debiendo seguir el mismo procedimiento en la tramitación y liquidación de siniestros.

Para cada Grupo de Riesgo Asegurado cubierto por la presente Póliza, se establecerá en Condiciones Particulares, la forma de Administración del Contrato, pudiendo ser "Nominada" o "Innominada".

Con independencia del sistema de Administración del Contrato aplicado en la Póliza:

- Las modificaciones tomarán efecto en el momento de producirse éstas, independientemente de su comunicación posterior e incluso de los posibles errores u omisiones que pudieran producirse en dicha comunicación.
- De producirse un siniestro entre la fecha en que corresponde el alta en Póliza o la variación de capital asegurado o garantía, y la fecha de comunicación al Asegurador de las variaciones habidas en el colectivo, el mismo tendrá cobertura. El Tomador vendrá obligado a aportar copia de los documentos que acrediten el alta del Asegurado en el Grupo de Riesgo definido en las Condiciones Particulares a la fecha de ocurrencia del siniestro, así como documento acreditativo del capital y garantía que proceda indemnizar.
- **En caso de anulación de la Póliza, el Tomador vendrá obligado a notificarla a todos los Asegurados componentes del**

Grupo Asegurado, quedando exento el Asegurador de cuanta responsabilidad pudiera derivarse de la falta de dicha notificación.

- **Los Asegurados que sufran una situación de Incapacidad Temporal no deberán ser dados de baja de la Póliza mientras mantengan el vínculo con el Tomador, ni durante dicho periodo ni una vez que el mismo se haya agotado, hasta que el Instituto Nacional de la Seguridad social, u Organismo Oficial Competente, emita resolución firme y el Asegurador comunique su aceptación. En caso de que, por error, el Tomador haya comunicado la baja de un Asegurado por haber consumido todo el periodo legal de Incapacidad Temporal y posteriormente el Asegurado fallezca o le sea reconocida una Invalidez cubierta por la presente Póliza, sin que se haya extinguido el vínculo con el Tomador, el Asegurador abonará la indemnización correspondiente previo pago de todas las primas consumidas desde el momento de la baja hasta el momento de acaecer la contingencia, siempre y cuando el Asegurador pueda verificar, con los documentos aportados por el Tomador, que el vínculo con el asegurado se mantuvo durante todo ese periodo.**
 - **Cuando un cambio implique para uno, varios, o la totalidad de los Asegurados capitales superiores a 300.000 euros o incrementos de un 20% o más, el Tomador está obligado a comunicarlos al Asegurador tan pronto tenga conocimiento de ello.**
- El Asegurador, en estos casos, se reserva el derecho de aceptar los cambios o de hacer una revisión de las condiciones de la Póliza.**

Administración Innominada

Salvo pacto en contrario e indicación expresa en las Condiciones Particulares de la Póliza, cada Grupo de Riesgo Asegurado será administrado de forma innominada.

Con esta administración, no se requerirán los datos personales de los Asegurados y los suplementos de renovación y regularización se emitirán, para cada uno de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo, con la siguiente información:

- Número de asegurados a la fecha del suplemento en cada uno Garantías contratadas.
- Capitales asegurados.

| Mes | Nº Asegurados |
|----------------------|---------------|
| Enero | |
| Febrero | |
| Marzo | |
| Abril | |
| Mayo | |
| Junio | |
| Julio | |
| Agosto | |
| Septiembre | |
| Octubre | |
| Noviembre | |
| Diciembre | |
| Media Mensual | |

Igualmente informará de las variaciones de garantías o capital asegurado que procedan y fecha de efectividad de las mismas.

Emisión y Renovación de la Póliza

Para la primera emisión de póliza, o renovaciones de las anualidades sucesivas, el Tomador facilitará al Asegurador, a la fecha de efecto de la Póliza y en soporte informático, los datos citados anteriormente, para cada uno de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo.

En caso de renovaciones de anualidades sucesivas, de no facilitar los datos requeridos antes de un mes transcurridos desde la fecha de renovación de la póliza, el Asegurador emitirá la renovación con los datos que tenga en ese momento, pudiendo regularizarse la situación en un momento posterior.

Regularización de la Póliza

A cada fecha de efecto de la póliza, el Tomador facilitará al Asegurador, el siguiente cuadro con los el número de asegurados que han estado incluidos en el Grupo Asegurado en cada mensualidad, para cada uno de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo

Administración Nominada

Siempre que se mencione expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Grupo de Riesgo Asegurado será administrado de forma nominada.

Con esta administración se requerirán los datos personales de cada asegurado incluido en cada uno de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo y se emitirán los suplementos de renovación y regularización la relación nominal de asegurados con los siguientes datos:

- Apellidos y Nombre.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa).
- Número de Identificación Fiscal.
- Capital asegurado.
- Garantía.

Emisión/Renovación de la póliza

Para la primera emisión de póliza, o renovaciones de anualidades sucesivas, el Tomador facilitará al Asegurador, a la fecha de efecto de la Póliza y en soporte informático, los datos citados anteriormente, para cada uno

de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo.

En caso de renovaciones de anualidades sucesivas, de no facilitar los datos requeridos antes de un mes transcurridos desde la fecha de renovación de la póliza, el asegurador emitirá la renovación con los datos que tenga en ese momento, pudiendo regularizarse la situación en un momento posterior.

Regularización de la póliza

A cada fecha de efecto de la póliza, el Tomador facilitará al Asegurador, en soporte informático, para cada uno de los Grupos de riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo:

- Relación de todos los Asegurados que causaron alta o baja en fecha posterior a la de la última renovación, indicando la fecha de la misma y los datos indicados anteriormente.
- Modificaciones o cambios de garantías y/o capitales del Grupo Asegurado indicando la fecha de las mismas, indicando a qué asegurados afectan

Siniestros

Criterios que Rigen en Caso de Siniestro

Salvo acuerdo en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la póliza, los criterios que regirán en caso de siniestro son:

- Se considera como fecha de siniestro, para todas las garantías de la presente Póliza, la fecha de ocurrencia del Accidente.

En consecuencia, no se indemnizarán las consecuencias de Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha del primer efecto de la presente Póliza.

- Cuantía de indemnización a abonar en cada caso: El capital asegurado a indemnizar por la garantía que proceda será el vigente en la fecha de ocurrencia del Accidente

Cúmulo Máximo por Siniestro

Cuando por un mismo hecho causante se deriven más de un fallecimiento y/o invalidez cubiertos por la presente Póliza, el capital máximo de indemnización a pagar por el Asegurador se establece en 7.000.000 Euros.

Independientemente del número de Asegurados fallecidos o inválidos, si el total de indemnizaciones excediese de 7.000.000 Euros, el importe que debiera abonarse a cada Beneficiario, de acuerdo con las prestaciones garantizadas por esta Póliza, se reducirá proporcionalmente en el mismo porcentaje para todos ellos, de forma que la suma de todas las indemnizaciones derivadas del mismo hecho con cargo a esta póliza no exceda dicha cantidad.

Cuando por un mismo hecho causante se vean afectadas más de una garantía cubiertas por la presente Póliza, el capital máximo de indemnización por individuo se establecerá en 900.000 Euros.

Documentación a Aportar en Caso de Siniestro

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda, acreditando la pertenencia del Asegurado que sufre el siniestro, al Grupo de Riesgo establecido en las Condiciones Particulares en la fecha del mismo.

Normalmente será suficiente con aportar fotocopia de la documentación. No obstante, en ocasiones podrá solicitarse, cuando sea preciso, documentación original o fotocopia compulsada por cualquier Administración Pública.

El Asegurador, una vez recibida la documentación completa del siniestro y a partir de dicha fecha, queda obligado a abonar la indemnización que corresponda en el plazo de diez días laborables.

En cualquier caso, a estos efectos, resultará aplicable lo señalado en los artículos 18 y 20.3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Fallecimiento por Accidente / Fallecimiento por Accidente de Circulación

- Certificado Literal de Defunción.
- D.N.I. del Asegurado y de los Beneficiarios.
- Copia del documento que acredite al Asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro así como documento acreditativo del capital que proceda indemnizar.
- Documento que acredite que el hecho causante del fallecimiento es un Accidente (por ejemplo, informe médico de ingreso en urgencias; diligencias judiciales y/o atestado emitido por la autoridad competente; fotocopia de la autopsia, si se practicó; aceptación o declaración administrativa o judicial del hecho como accidental, etc.) y que indique, al tiempo, la fecha de ocurrencia del mismo.
- Cuando el Accidente es declarado o aceptado como Accidente laboral, únicamente será preciso aportar un documento acreditativo del carácter laboral del Accidente.

- Si existiera designación expresa de Beneficiario efectuada por el Asegurado, se deberá aportar la misma.
- Si fuera Beneficiario el cónyuge, Certificado Literal de Matrimonio. Si fuera Beneficiario la pareja o unión de hecho, Certificado de inscripción de alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
- Si hubiera fallecido cualquiera de los Beneficiarios indicados en el punto anterior, Certificado de Defunción de éste.
- Si no hubiera designación expresa de Beneficiarios efectuada por el Asegurado, fotocopia completa del Libro de Familia.
- Certificado del Registro de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del testamento. En determinados supuestos podrá solicitarse la declaración de herederos "ab intestato".
- Justificante legal de haber presentado y liquidado el Impuesto sobre Sucesiones o, en su caso, exención del mismo.
- Cuenta corriente de cada uno de los Beneficiarios utilizando los 20 dígitos (Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta) así como Certificado de titularidad de la cuenta donde se realizará el abono de la prestación.

Incapacidad Permanente Total / Incapacidad Permanente Absoluta / Gran Invalidez por Accidente

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento que acredite al Asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro así como documento acreditativo del capital que proceda indemnizar.

- Informe médico de ingreso en urgencias o documento que acredite la fecha del accidente así como explicativo de las circunstancias del mismo (puede ser, según el caso, documento de la Mutua de Accidentes de Trabajo, diligencias judiciales, del propio Tomador, etc.).
- Dictamen y/o Propuesta y Resolución, con su correspondiente fecha, expedida por el I.N.S.S, por el Órgano Jurisdiccional o cualquier otro que resulte competente, acreditativa de la Incapacidad Permanente.
- Cuenta corriente del Beneficiario utilizando los 20 dígitos (Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta) así como Certificado de titularidad de la cuenta donde se realizará el abono de la prestación.

Incapacidad Permanente Parcial por Accidente

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento que acredite al Asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro así como documento acreditativo del capital que proceda indemnizar.
- Informe médico de ingreso en urgencias.
- Escrito o documento explicativo de cómo ocurrió el accidente.
- Informe médico detallado informando de las secuelas definitivas.
- En su caso, parte de Alta laboral.
- Cuenta corriente del Asegurado utilizando los 20 dígitos (Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta) así como Certificado de titularidad de la cuenta donde se realizará el abono de la prestación.

Asistencia Sanitaria por Accidente

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento que acredite al Asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Documento que acredite la fecha del accidente.
- Informe médico de ingreso en urgencias detallando la naturaleza, causas, circunstancias del accidente así como la dolencia que padece el asegurado consecuencia del accidente cubierto por la póliza.
- Facturas originales de los gastos médicos ocasionados como consecuencia del accidente cubierto por la póliza.
- Cuenta corriente del Asegurado utilizando los 20 dígitos (Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta) así como Certificado de titularidad de la cuenta donde se realizará el abono de la prestación.

Para la Indemnización diaria derivada de accidente.

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento que acredite al Asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro así como documento acreditativo del capital que proceda indemnizar.
- Parte de baja laboral.
- Informe médico detallado informando de las causas de la baja y posibles secuelas.
- Informes de control expedidos por el facultativo designado por el ASEGURADOR informando de la evolución del asegurado.
- Si procede, parte de alta laboral

- Cuenta corriente del Asegurado utilizando los 20 dígitos (Entidad Bancaria / Agencia / Dígito de control / Número de cuenta) así como Certificado de titularidad de la cuenta donde se realizará el abono de la prestación.

Cláusula de Coaseguro

A los efectos de simplificar la administración al Tomador y/o Asegurado, y en aras a una mayor eficacia en el funcionamiento de la presente póliza, los coaseguradores que suscriben este pacto de coaseguro designan a AIG como representante único y asegurador delegado en el contrato.

Fruto de esta delegación, AIG queda facultada para suscribir cuantos documentos contractuales tengan relación con este seguro, obligando los mismos a todas las compañías coaseguradoras respecto al Tomador del Seguro y/o Asegurado.

Así mismo, AIG actuará como único representante de los coaseguradores en cuanto a la declaración, tramitación o liquidación de siniestros.

El Capital Asegurado por esta póliza, así como las primas devengadas por la misma, quedarán distribuidas entre los coaseguradores de esta póliza, y con arreglo a las cuotas de participación que les corresponda, según pacto entre las entidades mencionadas y el Tomador del Seguro.

Lo establecido en las cláusulas anteriores no supone que los coaseguradores respondan de forma solidaria del cumplimiento de las obligaciones que asumen en esta póliza.

La responsabilidad de cada uno de ellos es propia e independiente de los demás coaseguradores, determinándose en conformidad con el porcentaje fijado para cada

uno, por lo que cada uno de ellos está obligado al pago de la indemnización, en caso de siniestro, solamente en proporción a su cuota de participación respectiva.

El Asegurador representante firma el presente contrato en nombre y representación de todos los coaseguradores.

Cláusula de Cobertura de Riesgos Extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo 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:

- 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.
- Que, aun 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.

Resumen de las Normas Legales

Acontecimientos Extraordinarios Cubiertos

- 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.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Riesgos Excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- 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.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- 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
- 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.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- 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.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el

Gobierno de la Nación como de <<catástrofe o calamidad nacional>>.

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

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.

Fundamentos, Bases y Obligaciones del Contrato

Contenido del Contrato de Seguro

El contrato de seguro comprende de manera indisoluble las presentes Condiciones Generales, Especiales y Particulares que anteceden así como el/los Anexos y los Apéndices o Suplementos que recojan las modificaciones de todo lo acordado por las partes.

La solicitud o cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador en su caso, en unión de esta Póliza, constituyen un todo unitario, fundamento de la misma, que sólo alcanza dentro de los límites pactados, a los riesgos en el mismo especificados.

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, para que subsane la diferencia existente.

Transcurrido dicho plazo de reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Perfección y Toma de Efecto y Duración del Contrato

Perfección y Toma de Efecto

El contrato se considera formalizado y en vigor desde el momento que el Tomador firma la póliza y paga la prima, pero en ningún caso

antes de la fecha y hora de efecto indicadas en las Condiciones Particulares.

Duración

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará tácitamente al final de cada anualidad por períodos no superiores a un año, salvo notificación escrita efectuada con una antelación de al menos 2 meses a la conclusión del seguro.

Jurisdicción

En caso de conflicto derivado de este contrato que no pueda ser resuelto entre las partes, será el juez competente del domicilio del Asegurado, para conocer de las correspondientes acciones

Pago de la Prima

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección de la Póliza. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

Las primas del Seguro son anuales, si bien el Asegurador podrá acceder a petición del Tomador del Seguro a fraccionarlas por trimestres o semestres, en cuyo caso su impago dejaría en suspenso la cobertura.

El fraccionamiento del pago de la prima no modificará la naturaleza indivisible de la misma, por lo que consiguientemente, el Tomador del Seguro deberá pagar la totalidad de los recibos de la anualidad.

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

Cuando el pago de la prima o fracción se realice mediante transferencia, cheque o

recibo domiciliado en cuenta, la cobertura de los riesgos está supeditada a la realización de la transferencia, al cobro efectivo del cheque o a la no devolución del recibo por orden del solicitante.

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- El Tomador del Seguro autorizará entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna de domiciliación.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, se notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

En el caso de que la Póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del Seguro podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.

Si por culpa del Tomador del Seguro la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tendrá derecho a resolver la Póliza o exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la misma. Salvo pacto en contrario, **si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que la Póliza queda extinguida.

En cualquier caso, cuando la Póliza esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si la Póliza no hubiera sido resuelta o extinguida conforme a los puntos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pagó su prima.

Declaraciones sobre el Riesgo

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro o el Asegurado, que han motivado la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas de la Póliza y la fijación de la prima.

Rescisión por Reserva o Inexactitud

El Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante la declaración dirigida al Tomador del Seguro o Asegurado, en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la

reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Desde el mismo momento en que el Asegurador haga esta declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniera antes de que el Asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el apartado anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Concurrencia de Seguros

El Tomador del Seguro o el Asegurado, quedan obligados a comunicar anticipadamente al Asegurador la existencia de otra/s póliza/s contratadas con distintos Aseguradores, que cubran los efectos que un mismo riesgo pueda producir sobre el mismo interés y durante idéntico tiempo.

Si por dolo se omitiera dicha declaración, el Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización.

Una vez producido el siniestro, el Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás. Los Aseguradores contribuirán al abono de la indemnización y de los gastos de tasación en proporción a la propia suma asegurada, sin que en ningún caso pueda superarse la cuantía del daño.

Agravación del Riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá, durante el curso de la Póliza,

comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de naturaleza tal que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección de la misma no la habría contratado, o la habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de que durante la vigencia de la Póliza le fuese comunicado al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones de la misma, **en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del Seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, el Asegurador podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir la Póliza previa advertencia al Tomador del Seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.**

El Asegurador podrá, igualmente, rescindir la Póliza comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de agravación del riesgo durante el tiempo de Seguro que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindida la Póliza, **si la agravación es imputable al Asegurado, el Asegurador hará suya en su totalidad la prima cobrada.** Siempre que dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al período que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

Disminución del Riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso de la Póliza, poner en conocimiento del Asegurador, todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza, que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección de la misma, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho al Tomador o Asegurado, en caso contrario, a la resolución de la Póliza 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.

Transmisión

En caso de transmisión del objeto asegurado, el adquirente se subroga, en el momento de la enajenación, en los derechos y obligaciones que correspondían en la Póliza al anterior titular.

El Asegurado estará obligado a comunicar por escrito al adquirente la existencia de la Póliza sobre la cosa transmitida. Una vez verificada la transmisión, también deberá comunicarla por escrito al Asegurador, o a sus representantes, en el plazo de quince días.

Serán solidariamente responsables del pago de las primas vencidas en el momento de la transmisión, el adquirente y el anterior titular o, en caso de que éste hubiera fallecido, sus herederos.

El Asegurador podrá rescindir la Póliza dentro de los quince días siguientes a aquél en que tenga conocimiento de la

transmisión verificada. Ejercitado su derecho y notificado por escrito al adquirente, el Asegurador quedará obligado durante el plazo de un mes a partir de la notificación. El Asegurador deberá restituir la parte de prima que corresponda al período del seguro por el que, como consecuencia de la rescisión, no haya soportado el riesgo.

El adquirente de la cosa asegurada también podrá rescindir la Póliza si lo comunica por escrito al Asegurador, en el plazo de quince días, contados desde que conoció su existencia. En este caso, el Asegurador adquiere el derecho de la prima correspondiente al período que hubiera comenzado a correr cuando se produce la rescisión.

Esas mismas normas regirán para los casos de muerte, suspensión de pagos, quita y espera, quiebra o concurso del Tomador del Seguro o el Asegurado.

Cesión

Sin perjuicio de la disposición legal en contrario, la Póliza no podrá cederse salvo por acuerdo escrito con el Asegurador.

Extinción del Contrato

El presente contrato de seguro dejará de tener efectos con arreglo a los términos previstos en la legislación española, concretamente, llegado a su vencimiento o por motivo de revocación, cancelación y resolución.

Dentro del periodo estipulado como duración del contrato se mantendrán todas las garantías y capitales asegurados concertados no pudiendo los Aseguradores rescindir la póliza sea cual sea el número de siniestros que se produzcan y las cuantías de las correspondientes indemnizaciones,

respetando los límites en cada caso señalados para cada siniestro.

Comunicaciones entre las Partes

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.

Las dirigidas al Asegurador por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiarios podrán hacerse directamente al domicilio social del mismo, a las Sucursales o a los Agentes de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado y Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, por lo cual es preciso comunicar cualquier cambio que se produzca al objeto de poder hacer llegar a su destino las futuras comunicaciones.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del Tomador.

Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en el término de 5 (cinco) años.

Tributos. Régimen fiscal de Primas y Prestaciones

Todos los tributos que graven las primas y que sean legalmente repercutibles serán por cuenta exclusiva del Tomador y/o de los Asegurados (según proceda).

Todas las prestaciones garantizadas por el presente contrato de seguro están calculadas y expresadas, en todo caso, en su importe íntegro o bruto.

Los tributos que graven las prestaciones serán por cuenta y cargo exclusivos de los Asegurados o, en su caso, de los Beneficiarios, practicando sobre las mismas el Asegurador las retenciones que de acuerdo con la normativa fiscal y tributaria sean procedentes en cada momento.

A estos efectos el Asegurador podrá solicitar del Tomador, Asegurados o Beneficiarios según el caso, toda aquella información con relevancia a efectos fiscales referida a su situación personal y/o familiar que obre en su poder y que resulte necesaria para la correcta aplicación de la normativa fiscal vigente en cada momento.

En caso de que por cualquier casusa no imputable al Asegurador, las retenciones fiscales que hubiera practicado el Asegurados sobre las prestaciones fueran inferiores a las que correspondiera practicar de acuerdo con la normativa tributaria, podrá retener de las prestaciones pendientes de pago, en el mismo o en futuros ejercicios, las cantidades pendientes de pago, en el mismo o en futuros ejercicios, las cantidades que sean procedentes con objeto de regularizar dichas retenciones hasta compensar totalmente la diferencia entre las efectivamente practicadas y las que hubiera debido practicarse por aplicación de la citada normativa.

El régimen fiscal de aplicación al presente contrato y a sus prestaciones será el vigente en cada momento

Régimen de Información a los Asegurados y Beneficiarios

Se hace expresamente constar, a los efectos de lo previsto en el artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, Ordenación y

Supervisión de los Seguros Privados, que el Tomador del seguro, y sin perjuicio de las obligaciones que correspondan al Asegurador, asume el compromiso de suministrar a los Asegurados toda la información relativa a sus derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro.

Protección de Datos de Carácter Personal

AIG Europe Limited Sucursal en España se compromete a proteger la privacidad de sus clientes, de los reclamantes y de cualesquiera otras personas. La "Información Personal" es aquella información que le identifica y hace referencia tanto a usted como a otras personas (como pudieran ser las personas a su cargo). Al facilitar datos de carácter personal, usted nos autoriza a utilizarlos del modo que se describe más abajo. Si usted facilitara Información Personal sobre otra persona, al hacerlo estará confirmando que cuenta con la autorización necesaria para proporcionarla al objeto de ser utilizada del modo que se describe a continuación. La Información Personal será utilizada para la cotización, administración y gestión del contrato de seguro, así como por motivos de marketing y oferta de productos de seguro.

Debido a la naturaleza global de nuestra actividad, cabe la posibilidad de que la Información Personal se transfiera a personas/entidades localizadas en otros países, incluyendo los Estados Unidos de América y otros países cuyas leyes sobre protección de datos difieren de las de su país de residencia.

Para el ejercicio de sus derechos sobre su Información Personal, rogamos envíe un correo electrónico a atencioncliente.es@aig.com o lo comunique por escrito al domicilio arriba indicado.

Encontrará más información sobre el uso que hacemos de la Información Personal en el documento completo sobre nuestra Política de Privacidad en http://www.aig.com.es/_3320_426993.html o solicitando una copia a través de los medios de contacto indicados anteriormente.

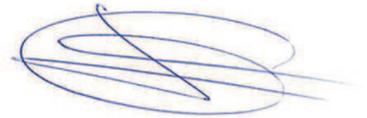
Le informamos de que cuenta con un plazo de treinta días para manifestar su negativa al anterior tratamiento, incluida la transferencia internacional a los Estados Unidos de América; en caso de no pronunciarse a tal efecto se entenderá que consiente tácitamente.

Declaración de Conocimiento y Aceptación del Contrato de Seguro

El Tomador de la Póliza reconoce expresamente haber recibido toda la documentación que compone la Póliza, manifestando su conocimiento y conformidad con la misma.

El Tomador manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de la presente póliza y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de los derechos del Asegurado. El Tomador asume el deber de informar a los asegurados sobre sus derechos y obligaciones.

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas en negrita.



El Tomador / Asegurado

AON COVER AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN, S.L.U., en nombre y por cuenta de las aseguradoras AIG Europe Limited Sucursal en España y Hiscox Insurance Company Limited Sucursal en España, en virtud de los contratos de Agencia de Suscripción de Seguros suscritos entre las partes

¿Qué es Aon Cover yCuál es su Cometido?

Aon Cover Agencia de Suscripción, S.L. es una Agencia de Suscripción establecida en España conforme a lo regulado en el artículo 86 bis del texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, siendo una figura en la que una o varias Aseguradores, depositan parte de su capacidad de aseguramiento, otorgando amplios poderes para que, en nombre y por cuenta de las mismas, la Agencia suscriba los riesgos, gestione y tramite las reclamaciones presentadas por el Tomador y/o los Asegurados.

Las actividades que lleven a cabo la Agencia de Suscripción por cuenta y en representación de los Aseguradores, se entenderá realizada directamente por ésta o éstas sin que tenga la consideración de actividad de mediación.

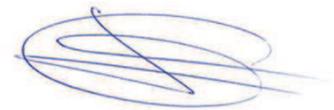
Conforme a lo establecido en al artículo 86 bis.4 del texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, esta delegación de suscripción ha sido comunicada a la Dirección General de Seguros y autorizada por ésta.

Aon Cover, como Agencia de Suscripción tiene delegadas las capacidades de suscripción y tramitación de siniestros, representando a las compañías Aseguradores que le otorgan esta capacidad, convirtiéndose en el único interlocutor al actuar en nombre y por cuenta de los Aseguradores.

La responsabilidad de cada una de los Aseguradores es propia e independiente, determinándose de conformidad con su porcentaje de participación, por lo que, en caso de siniestro, cada uno está obligado al pago de la indemnización solamente en proporción a la cuota de su participación respectiva, no siendo responsables de la participación del asegurador que incumpla todas o parte de sus obligaciones. Los Aseguradores no responderán solidariamente del cumplimiento de las obligaciones que asumen por esta póliza.

Los Aseguradores acuerdan, conforme a los términos y condiciones provistos en el presente contrato de seguro, compuesto por este Preliminar, Condiciones Particulares, Especiales, Generales, Anexos y los sucesivos Suplementos formalizados, indemnizar al asegurado por las contingencias previstas en el mismo.

Si el contenido del presente contrato de seguros o póliza, difiere de la proposición de seguro o de las condiciones acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la presente póliza para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.



AON COVER AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN, S.L.U.

Página 37

Los Aseguradores

AIG Europe Limited Sucursal en España, inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades Aseguradores de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0207, tiene su domicilio en Paseo de la Castellana 216, 28046 Madrid, y está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 30.273, Folio 46, Hoja M-544847, Inscripción 1ª y Número de Identificación Fiscal W-8262878-E.

Sin perjuicio de las facultades de supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el estado miembro a quien corresponde el control de la sucursal es el Reino Unido. AIG Europe Limited está autorizada para el ejercicio de la actividad aseguradora por la “Prudential Regulation Authority” y se encuentra regulada y supervisada por la “Financial Conduct Authority” y la referida “Prudential Regulation Authority” (FRN 202626).

Hiscox Insurance Company Limited, sucursal en España, inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradores de la Dirección General de Seguros bajo el número E0159, tiene su domicilio en c/ Maria de Molina, 37 Bis, 2ª planta, 28006 Madrid, y está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 26622, libro 0, folio 47, sección 8, hoja M-479756, Inscripción 1ª y Número de Identificación Fiscal W-0067406-I.

Sin perjuicio de las facultades de supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el estado miembro a quien corresponde el control de la sucursal es el Reino Unido y, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la “Financial Services Authority”(FSA), con domicilio en 25 The North Colonnade, canary Wharf, Londres E14 5HS, Reino Unido.

AIG Europe Limited Sucursal en España y Hiscox Insurance Company Limited, serán referidas en el presente contrato en adelante como **“el Asegurador”**.

El Asegurador y el Tomador del Seguro celebran el presente contrato de seguro regido por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de esta póliza sobre la base de las declaraciones prestadas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado en el cuestionario y/o la Propuesta de seguro que pasan a formar parte integrante del seguro.

El Asegurador pagará la indemnización correspondiente a consecuencia de Accidentes sufridos por el Asegurado, sujeto a los límites de la cobertura o coberturas contratadas, y conforme a las disposiciones expresamente recogidas en la Condiciones Particulares de la póliza.

Procedimiento de Tramitación y Resolución de Quejas y Reclamaciones

El tomador de la póliza, de conformidad con lo dispuesto en la Orden Ministerial ECO/734/2004 de 11 de marzo, podrá dirigir cualquier queja o reclamación por escrito al Servicio de Reclamaciones de AIG Europe Limited Sucursal en España al domicilio situado en Paseo de la Castellana 216, 28046 Madrid o por medio de correo electrónico a la siguiente dirección.

Asimismo, podrá efectuar la reclamación o queja por teléfono en el siguiente número +34 91 567 74 36, en horario de 9:00 a 14:00 de lunes a viernes.

Si el tomador de la póliza o el asegurado no están conformes con una decisión sobre la tramitación del siniestro podrán someter, antes de acudir a los tribunales de justicia, sus diferencias a decisión arbitral.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los jueces y tribunales españoles, el tomador de la póliza o el asegurado podrán formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones si consideran que nosotros hemos realizado prácticas abusivas o hemos lesionado los derechos derivados del contrato de seguro.

En todo caso, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.



Acceso a Red de Servicios Médicos a Precios Reducidos

BENEFICIARIOS DEL SERVICIO

Los Asegurados incluidos en la Póliza, así como los familiares directos de estos.

ÁMBITO

Los Beneficiarios del servicio, podrán acceder a la Red de Servicios Médicos en cualquier momento que lo deseen o lo necesiten, sin necesidad de que tenga lugar la ocurrencia de un siniestro garantizado por la Póliza.

Si bien, se recomienda a los Asegurados, que para la garantía de Asistencia Sanitaria, hagan uso de esta Red de Servicios Médicos a Precios Reducidos.

SERVICIOS

El asegurado tendrá acceso a una amplia red de profesionales de la sanidad con un cuadro médico de más de 21.000 profesionales, a precios reducidos:

- Más de 4.000 actos médicos disponibles.
- Asistencia primaria: medicina general, ATS, análisis clínicos, anatomía patológica.
- Especialidades médicas: pediatría, dermatología, oftalmología, etc.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Clínicas y centros de pruebas diagnósticas, terapéuticas e intervenciones quirúrgicas.
- Cobertura geográfica Nacional.

Teléfono de Asistencia y Página Web

Al objeto de utilizar cualquiera de los servicios concertados, el Asegurado podrá acceder a nuestra página web www.oncover.es, 24h los 365 días del año o bien contactar con nuestro teléfono de Servicio al Cliente 91 489 68 26.

A través de los mismos, el Asegurado podrá:

- Recibir toda la información que precise sobre los profesionales o centros donde puede acudir, precio de los servicios y la valoración de los profesionales y centros, realizada por otros usuarios anteriores.
- Contratar los servicios médicos que desee.
- Concertar la cita.
- Realizar el pago de los servicios.

En caso de urgencias o intervenciones quirúrgicas, será necesario siempre utilizar el servicio telefónico.

Tarjeta de Cliente

Se entregará al Cliente una tarjeta que le otorga la condición de Cliente Preferente de nuestro club exclusivo OnCover Club. La pertenencia a este club le posibilitará el acceso a estos exclusivos

servicios tanto al Tomador, como a los Asegurados y a los familiares directos de estos.

La tarjeta cuenta con la dirección de la página web y el número de teléfono de Servicio al Cliente, indicados anteriormente y toda la información necesaria para facilitar el acceso permanente de los Asegurados a los servicios concertados.

Pago de los Servicios

El pago del servicio médico que el cliente quiera consumir se realizará directamente a través de la página web www.oncover.es, o en el teléfono de Servicio al Cliente 91 489 68 26, siempre de acuerdo con el listado de precios exclusivos, concertados para cada acto.

Antes de realizar la compra del servicio, el cliente deberá introducir en la web o facilitar en el servicio telefónico, el Nombre y CIF del Cliente, y así podrá obtener un código promocional que le permitirá tener acceso al listado de precios exclusivos para los Clientes de OnCover, concertados para cada acto.

Una vez realizada la compra del servicio, el Asegurado recibirá un código de autorización que deberá entregar en la consulta.

El código de autorización da derecho a realizar el acto médico adquirido sin ningún cargo adicional.

Dicho código de autorización tiene una validez de 90 días.

Ámbito Geográfico

El Asegurado tiene derecho a la utilización de los servicios concertados a nivel Nacional, independientemente de su localidad de residencia.

Responsabilidad

OnCover no se hace responsable de los actos u omisiones en los que puedan incurrir los profesionales o centros concertados en la prestación de sus servicios. En caso de denegación indebida de los servicios o de las condiciones establecidas suscritas con cada uno de ellos, nuestra responsabilidad se limitará a la prestación del servicio en similares condiciones, tan pronto como el Asegurado acredite fehacientemente su derecho.

OnCover, no se hará responsable de los gastos o responsabilidades ocasionadas como consecuencia de la utilización de servicios no concertados.