

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos Educación cultura y ocio

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Domicilio social en España :
Avda. Alcalde Barnils, 63
08174 Sant Cugat del Vallès -Barcelona
NIF: A-28119220

Tomador del seguro

Federacion Gallega de Ciclismo
C/ FOTOGRAFO LUIS KASADO,17
36209 Vigo-Pontevedra
NIF: G-36644870

Oficina emisora 520R0

Sucursal Corredores Madrid
Paseo de la Castellana, 4 - 3ª planta
28046 Madrid
Telf: 915661243 Fax: 915627863

Corredor

Campos y Rial, S.A.
C/ COLON 33-35,2
36201 Vigo
Pontevedra

Riesgo asegurado y ámbito de la cobertura

Número de Asegurados: 7.408
Subfamilia de riesgo: ver hojas anexas
Descripción del riesgo: ver hojas anexas
Ámbito temporal de la cobertura :durante la actividad descrita para el riesgo

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12:00 horas del día 1 de Enero de 2012
Se establece por una duración de un año prorrogable
La forma de pago será semestral cada 01 de Enero y Julio.

SP001307 10100 100 00000000 010 POL3004A-V220410-280-20120116-22:34 - PPOPOLIZA - S1859 - 20120117-09:56



El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares


Seguro de Accidentes Colectivos

Educación cultura y ocio

Relación de Asegurados y coberturas contratados en la póliza

Datos del asegurado	Coberturas contratadas	Suma asegurada, €	Franquicia
Grupo - 1 Subfamilia de riesgo: Clubs y entidades deportivas (socios, según libro registro). Descripción del riesgo: LICENCIAS MENORES DE 14 AÑOS Número asegurados: 445	Muerte por accidente Invalidez permanente por accidente (según baremo póliza) Asistencia sanitaria por accidente	3.000,00 24.040,00 Ilimitada	
Grupo - 2 Subfamilia de riesgo: Clubs y entidades deportivas (socios, según libro registro). Descripción del riesgo: LICENCIAS MAYORES DE 14 AÑOS Número asegurados: 3.683	Muerte por accidente (para menores de 14 años, la suma asegurada se limita a 3.500 € en concepto de gastos de sepelio) Invalidez permanente por accidente (según baremo póliza) Asistencia sanitaria por accidente	12.020,00 24.040,00 Ilimitada	
Grupo - 3 Subfamilia de riesgo: Clubs y entidades deportivas (socios, según libro registro). Descripción del riesgo: TÉCNICOS Y DIRECTIVOS Número asegurados: 106	Muerte por accidente (para menores de 14 años, la suma asegurada se limita a 3.500 € en concepto de gastos de sepelio) Invalidez permanente por accidente (según baremo póliza) Asistencia sanitaria por accidente	12.020,00 24.040,00 Ilimitada	
Grupo - 4 Subfamilia de riesgo: Clubs y entidades deportivas (socios, según libro registro). Descripción del riesgo: LICENCIAS TEMPORALES Número asegurados: 3.174	Muerte por accidente (para menores de 14 años, la suma asegurada se limita a 3.500 € en concepto de gastos de sepelio) Invalidez permanente por accidente (según baremo póliza) Asistencia sanitaria por accidente	12.020,00 24.040,00 Ilimitada	

El Tomador del Seguro


FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISMO

El Mediador

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Educación cultura y ocio

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Datos facilitados por el Tomador del Seguro y que han servido a la Entidad Aseguradora para establecer las bases del contrato.

El Tomador del Seguro realiza las siguientes declaraciones respecto al riesgo asegurado:

1. Composición del grupo asegurado

El número de asegurados al inicio del contrato de seguro es de: 7.408

Condición de Asegurados: Tienen la condición de Asegurados las personas que figuran en la descripción del riesgo de las presentes Condiciones Particulares

Elige la forma de contratación de grupo: Grupo

2. Variación del grupo asegurado. Regularización al final del periodo de cobertura de seguro

Al término de cada periodo se obliga a comunicar al Asegurador el número real de Asegurados, conforme a la relación de las Altas y/o Bajas del colectivo que se hubiesen producido durante el periodo de cobertura transcurrido, la cual remitirá al Asegurador.

Asimismo, acepta la regularización resultante del cálculo de la prima sobre el número real de Asegurados, respecto del número que constaba al inicio, en los términos pactados en las Condiciones Especiales del presente contrato (en su apartado 'Generalidades, Variación del grupo asegurado. Regularización de la prima de seguro').

En caso de incumplimiento de la obligación de comunicación antes indicada, queda enterado de la posible aplicación de una regla de equidad por parte del Asegurador, sobre la indemnización a satisfacer en caso de siniestro cubierto, si el número real de Asegurados durante el periodo de cobertura fuese superior, en promedio, al número declarado al inicio del citado periodo.

3. Estado de salud

Declara que en la fecha de emisión de este contrato, NO existe ningún Asegurado de los incluidos en el grupo que:

- Padece actualmente alguna enfermedad grave o minusvalía física o psíquica

Asimismo se compromete a poner en conocimiento del Asegurador los datos de aquél o aquellos Asegurados que se encuentren en alguna de las circunstancias de estado de salud expresadas, y causen alta en la póliza con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, mientras permanezca éste vigente.

Cláusulas adicionales

1. REGULACION DEL SEGURO DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

La presente cobertura se rige por la legislación aplicable al contrato de seguro, y por lo dispuesto en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo.

I.- ASEGURADOS

Tendrán la consideración de Asegurados los deportistas, sean amateurs o profesionales, con licencia federativa dada de alta en la FEDERACIÓN DEPORTIVA TOMADORA DEL SEGURO, en vigor y al corriente de pago, así como los entrenadores, preparadores, oficiales, técnicos, árbitros, directivos y cualesquiera otras personas adscritos a dicha Federación

El Mediador

El Tomador del Seguro
FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISTA

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Educación cultura y ocio

Deportiva, siempre que estén incluidos los mismos en el grupo o grupos asegurados definidos en la presente póliza.

II.- OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Accidentes sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos en el R.D. 849/1993, de 4 de junio, durante los actos organizados por el Tomador del Seguro, realizados en circuitos, estadios, pistas e instalaciones deportivas, terrenos o medio físico necesario y adecuado debidamente a las normas exigidas por las autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.

No se incluye la organización de competiciones, pruebas y eventos deportivos que estén fuera del ámbito de la responsabilidad de la Federación Deportiva Tomadora del Seguro. Se cubre la participación en competiciones de carácter internacional en las condiciones del RD 849/1993.

La cobertura se extiende también a los accidentes sufridos:

- Durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar señaladas en el párrafo primero.

III.- PERSONAS ASEGURABLES

Modificando lo dispuesto en el apartado "Personas no Asegurables - I. Por edad" de GENERALIDADES de la póliza, se entenderán incluidas en las coberturas del seguro las personas aseguradas sin limitación de edad, con la única condición que cumplan los requisitos del apartado I.- ASEGURADOS.

IV.- GARANTÍAS Y CAPITALLES

En caso de siniestro cubierto, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones mínimas exigidas en el Anexo del Real Decreto 849/1993 de Seguro Obligatorio Deportivo, ampliadas, en su caso, por lo indicado en los párrafos siguientes o lo pactado en las Condiciones Particulares de la presente póliza:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos.

2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos.


3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad.

4. Los gastos originados por rehabilitación.

5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los

El Tomador del Seguro

El Mediador


FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISMO

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos Educación cultura y ocio

Nº de póliza
8-5.184.885-G

conceptos, de 6.010,12 euros. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

El derecho al cobro de las prestaciones definidas en los puntos anteriores 1. a 5., tiene un límite temporal de hasta dieciocho meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, ampliando por ello lo establecido en el apartado a), del punto II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA, de las Coberturas de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE.

6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo, para los grandes inválidos (tetraplejia), de 12.020,24 euros.

Sobre la suma asegurada pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo será de aplicación el Baremo de indemnización de lesiones y demás especificaciones contenidas en el punto II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA, de las Coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE (BAREMO PÓLIZA).

7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe no inferior a 6.010,12 euros.

Esta prestación se equipara a lo establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE POR ACCIDENTE" del presente contrato, y le serán aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma. Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.803,04 euros.

Esta prestación, cualquiera que sea la causa que dé origen a la misma, accidente o enfermedad, se equipara a lo establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE POR ACCIDENTE" del presente contrato, y le serán aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma. Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 100 % del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

10. Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos, ampliando el mínimo exigido en el R.D. 849/1993, están garantizados hasta la suma de 400 euros por siniestro.

El Mediador

El Formador del Seguro

FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISMO

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Educación cultura y ocio

11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional, sin límite de cuantía.

12. Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional, de acuerdo a lo regulado en las Coberturas de Asistencia Sanitaria por accidente, y será prestada por un Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, para lo cual habrán de seguirse los pasos que se detallan en el capítulo "NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE".

El Asegurador facilitará al Tomador del Seguro una relación de Centros Médicos Recomendados por aquél.

13. Modificando los límites exigidos en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo, los capitales asegurados para mayores de 14 años son los siguientes:

- Muerte por accidente: 12.020 Euros
 - Invalidez Permanente por accidente (según baremo póliza): 24.040 Euros
-

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos Educación cultura y ocio

Nº de póliza
8-5.184.885-G

VI.- VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

En modificación parcial de lo establecido en el apartado I. Seguros contratados de forma innominada del Capítulo VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO, de Generalidades de la póliza, el Tomador viene obligado a facilitar semanalmente al Asegurador la relación de asegurados y sus licencias (tipo y edad) que se han dado de alta por cada uno de los grupos de riesgo asegurados.

Para el caso de licencias temporales de un día, el Tomador se compromete a remitir al Asegurador relación completa de los participantes con anterioridad a la celebración de la prueba deportiva, entendiéndose una antelación suficiente mínimo de 12 horas al desarrollo de la misma.

En base a la información facilitada por el Tomador sobre las altas producidas y participantes en las pruebas de un día, el Asegurador procederá a regularizar el total de licencias extendidas al término de la anualidad, y librará un recibo de prima en función del exceso de "altas" que se hubiese producido.

Las primas individuales mencionadas en el anterior capítulo V.- PRIMA DEL SEGURO, son únicas e indivisibles. Las bajas no darán derecho a devolución de prima no consumida.

VII. NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA. Estas Normas modifican en todo lo que sea oportuno a lo establecido en el apartado b) Notificación de siniestro, del capítulo II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA de las coberturas de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE.

Para acceder a la asistencia sanitaria garantizada, la cual será prestada por el Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Complimentación del documento "ACCIDENTES PERSONALES - DECLARACIÓN DE SINIESTRO", que deberá ser firmado y sellado por la Federación asegurada.
2. Poner en conocimiento del Asegurador el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas de SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, teléfono 902 206 208. El accidente debe ser comunicado inmediatamente tras su ocurrencia.
3. En la comunicación telefónica debe facilitarse:
 - Datos personales del lesionado.
 - Datos del Club o Entidad Deportiva en la cual ocurre el siniestro.
 - Fecha y forma de ocurrencia.

El Mediador

El Tomador del Seguro
FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISMO

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Educación cultura y ocio

- Daños físicos sufridos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento de la Declaración de Siniestro.

El comunicante remitirá posteriormente la Declaración de Siniestro a SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, al fax nº 93 260 64 71 del Centro de Siniestros Diversos / Accidentes Personales.

4. El lesionado federado ha de acudir al Centro Médico aportando la Declaración de Siniestro debidamente cumplimentada. (Es imprescindible para recibir asistencia que en la declaración de siniestro conste el número de expediente).

6. AUTORIZACIONES.- Será necesaria la previa autorización del Asegurador para las siguientes pruebas y tratamientos:

- Pruebas especiales de diagnóstico (TACO, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias, ..).
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Rehabilitación.

Para estos casos el médico o Centro Médico solicitará al Asegurador esta autorización al fax nº 93 260 64 71 del Centro de Siniestros Diversos/ Accidentes Personales.


Esta autorización se ha de acompañar de una copia del informe médico detallado, facilitando, también por fax, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa del Asegurador será por cuenta del Asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá al Asegurador el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

El Tomador del Seguro

El Mediador


FEDERACIÓN
GALEGA DE
CICLISMO

Condiciones Especiales

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Definiciones

ACCIDENTE

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

A efectos del presente contrato, tendrán además la consideración de accidente:

- Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un movimiento anómalo del cuerpo, sobrecarga o esfuerzo súbito.
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

No se considerarán accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo garantizado expresamente en la cobertura de "Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral)", de haberse contratado ésta.

Tampoco se consideran accidentes aquellos supuestos excluidos expresamente de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales o Generales del contrato.

ACCIDENTE DE CIRCULACION

Se entenderá como tal, a los efectos del presente contrato de seguro, la lesión corporal que sobrevenga al Asegurado por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mismo, que se origine en un hecho de la circulación en el que el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.- Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento.
- 2.- Como pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, que esté destinado al transporte de personas.
- 3.- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- 4.- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.

AMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA

Según se pacte en las Condiciones Particulares del contrato, el ámbito temporal en el que las

coberturas del seguro estarán vigentes podrá ser alguno de los siguientes:

- **Durante la actividad descrita en la póliza:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza.

Quedan excluidos los accidentes que sufra el Asegurado en el curso de la vida privada.

Tampoco quedarán cubiertos, salvo pacto en contrario, los accidentes sufridos durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

- **Durante la actividad descrita en la póliza y en la vida privada (extra-laboral):** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza, o en el curso de los actos de su vida privada.

En consecuencia, salvo pacto en contrario, quedan excluidos los accidentes que puedan producirse durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

ASEGURADO

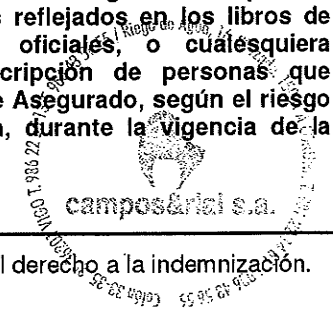
La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Los asegurados incluidos en el contrato constituyen el llamado "Grupo asegurado", el cual está formado, **salvo pacto en contrario**, por un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común.

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar los datos reflejados en los libros de matrícula, registros oficiales, o cualesquiera documentos de inscripción de personas que tenga la condición de Asegurado, según el riesgo descrito en la póliza, durante la vigencia de la misma.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.



Condiciones Especiales

Definiciones

Para las contingencias aseguradas sobre la vida, el beneficiario será el propio Asegurado.

Para el caso de muerte del Asegurado, y coberturas relacionadas con la muerte, **a falta de designación expresa en la póliza** serán beneficiarios del seguro, por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes:

1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

ENFERMEDAD COMUN

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente conforme se define éste en la presente póliza y en la Ley de Contrato de Seguro.

FRANQUICIA TEMPORAL

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del Asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días pactados,

a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (o bien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara en el contrato), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

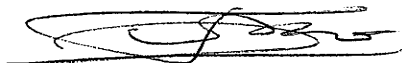
PLAZO DE CARENCIA

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

SINIESTRO

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de daños y perjuicios o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por las coberturas de muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del Asegurado.**



Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda según las normas del apartado II siguiente, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos.

Para que dicha pérdida pueda considerarse como invalidez permanente deberá cumplirse la condición de que haya transcurrido el tiempo suficiente para permitir la posible recuperación de la funcionalidad de estos miembros y/u órganos y que no sean susceptibles de mejoría mediante tratamiento médico o quirúrgico,

resultando, por tanto, dicha situación o pérdida como definitiva.

Para la valoración de la invalidez permanente no se tendrá en cuenta la repercusión producida en las actividades del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Baremo.-** La indemnización a pagar se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta cobertura que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones que a continuación se transcribe:

	Porcentaje de Invalidez
Estado vegetativo permanente.....	100 %
Demencia incurable.....	100 %
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades.....	100 %
Paraplejía completa.....	100 %
Hemiplejía completa.....	100 %
Pérdida total de los dos ojos o pérdida absoluta de la visión.....	100 %
Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo.....	32 %
Pérdida total de la capacidad de hablar por trastornos de la voz o articulación del habla.....	35 %
Sordera bilateral.....	40 %
Sordera unilateral.....	11 %
Amputación total de extremidad superior.....	49 %
Amputación a nivel de codo.....	47 %
Pérdida total de ambas manos.....	100 %
Amputación de la mano.....	44 %
Pérdida de los cinco dedos de la mano.....	44 %
Pérdida del dedo pulgar de la mano.....	18 %
Pérdida del dedo índice o medio de la mano.....	9 %
Pérdida otro dedo de la mano.....	4 %
Anquilosis de la columna vertebral en todos los planos:	
Completa.....	43 %
Segmento cervical.....	32 %
Segmento dorsal.....	6 %
Segmento lumbar.....	10 %
Pérdida total de ambas extremidades inferiores.....	100 %
Amputación total de extremidad inferior.....	40 %
Amputación de un pie.....	25 %
Amputación del dedo gordo del pie.....	5 %

Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Caso de modificarse, ampliarse, complementarse o sustituirse el mencionado baremo no tendrá ningún efecto sobre esta póliza, salvo pacto en

contrario expresamente indicado en las Condiciones Particulares, manteniéndose por tanto lo establecido en dicho Real Decreto 1971/1999.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

Para la determinación de los anteriores porcentajes de invalidez permanente no se tendrán en cuenta ni la profesión ni la edad del asegurado ni los factores sociales ni ningún otro factor ajeno al baremo.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

Nº de póliza
8-5.184.885-G

establecido en la Condición General "Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

b) Pérdida funcional.- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

c) Concurrencia de Invalideces Permanentes en un órgano.- La concurrencia de invalideces permanentes parciales en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

d) Pérdida de varios órganos.- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad el porcentaje de invalidez permanente parcial se establecerá mediante las tablas de valores combinados comprendidas en la normativa indicada en el apartado a). En ningún caso el porcentaje de invalidez permanente podrá superar el límite del cien por cien.

e) Invalideces Permanentes preexistentes.- Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de invalidez será la diferencia entre el que resulte después del accidente y el de la invalidez permanente preexistente.

f) Estabilidad en la Invalidez Permanente.- La situación de invalidez 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.

g) Criterios no vinculantes.- Para la evaluación de la invalidez permanente no serán vinculantes las resoluciones de la Seguridad Social, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) u otros organismos sociales, las sentencias judiciales dictadas en jurisdicciones distintas de la civil ordinaria o los dictámenes emitidos por otras entidades aseguradoras o sanitarias.

h) Reconocimiento médico del Asegurado.- El Asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir, que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del Perito Médico nombrado por el Asegurador, así como

facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

i) Fallecimiento del Asegurado.- Si a consecuencia de un mismo accidente, después de fijada la invalidez permanente, sobreviniere el fallecimiento del Asegurado, las cantidades satisfechas por el Asegurador por la cobertura de invalidez permanente, se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento, si la cobertura de fallecimiento estuviera contratada en la presente póliza.

j) Exclusión de Invalideces Permanentes Parciales.- Únicamente se indemnizarán las invalideces permanentes parciales que superen el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

Esta exclusión de invalideces permanentes parciales ha de estar acordada con el Tomador del seguro y, por tanto, especificada en las Condiciones Particulares.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Documentación clínica donde se recojan causas, lesiones sufridas, evolución y cualquier otra prueba complementaria necesaria para la determinación del grado de invalidez.

b) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

c) En el caso de que deba practicarse retención en la indemnización y únicamente a efectos fiscales, ya que esta póliza no utiliza los mismos criterios en la determinación del porcentaje de invalidez permanente, certificado o resolución de Invalidez del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales u órgano competente en la Comunidad Autónoma.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.



Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisa de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Esta cobertura incluye, asimismo, el importe de los gastos de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales, pero no sus reposiciones.

Se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) Periodo de indemnización. La fecha de inicio del período de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente y la fecha límite de la cobertura finaliza al año natural a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

b) Notificación de siniestro. El accidente debe haberse notificado al Asegurador dentro del plazo de siete días de su ocurrencia. En el caso de efectuarse dicha notificación una vez transcurrido dicho plazo, la indemnización se computará a partir del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba la notificación.

c) Fallecimiento del Asegurado. La indemnización a que da lugar esta cobertura cesará al producirse el fallecimiento del Asegurado.

d) Para accidentes ocurridos en España o Andorra, la asistencia médica al Asegurado quedará cubierta por la póliza sólo en el caso de efectuarse dentro de territorio español o andorrano.

e) Coexistencia de seguros. Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el Asegurado. Por ello, cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de la coberturas contratadas por el Asegurado.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Informes de la asistencia sanitaria efectuada al Asegurado.

b) Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos.

IV. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIA

a) La cuantía máxima a indemnizar en cualquier circunstancia por esta cobertura es la cuantía indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si la cobertura se hubiese concertado con franquicia, según se indica en las referidas Condiciones Particulares, ésta se deducirá de la indemnización.

b) Las prestaciones efectuadas por profesionales o proveedores en España o Andorra, no designados o no aceptados expresamente por el Asegurador, serán indemnizadas en un cincuenta por ciento de los gastos generados con un máximo de 3.000 euros, salvo que el límite de esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares, fuera inferior, en cuyo caso regiría ese último.

c) Los gastos de primera prótesis no excederán del 50 por ciento del capital contratado para asistencia sanitaria, con un máximo de 6.000 euros por siniestro.

d) Los gastos de transporte sanitario del Asegurado, quedarán incluidos hasta un límite máximo de 750 euros por siniestro, en el caso de ser objetivamente necesarios. No quedarán cubiertos los gastos de transporte sanitario a otra población diferente de la de residencia del Asegurado en el caso existir en la población de residencia posibilidades de tratamiento ajustado a las lesiones producidas por el accidente.

e) En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra los gastos de Asistencia Sanitaria quedan garantizados, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente, hasta un límite máximo de 6.000 euros, salvo que el límite de esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares, fuera inferior, en cuyo caso regiría este último.

El reembolso se hará en euros y al cambio oficial del día que hubiese ocurrido el accidente.

Caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, el límite máximo indemnizable será el especificado en las Condiciones Particulares deducida la cuantía ya indemnizada por asistencia sanitaria en el extranjero.

f) Los gastos que se deriven de la asistencia sanitaria urgente serán abonados por el Asegurador sin necesidad de aceptación por su parte ni aplicación de franquicia.

V. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos de:

a) Búsqueda y salvamento del Asegurado.

b) Hospitalización a consecuencia de cirugía plástica reparadora o estética.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Se entiende por cirugía plástica reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivadas de un accidente y tendentes a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.

Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

c) Prótesis dentales o la sustitución o implantación de piezas dentales.

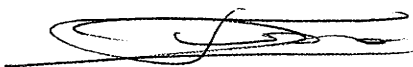
d) Adquisición de gafas o lentillas.

e) Daños en prótesis preexistentes o en aparatos correctores de visión o audición.

f) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del Asegurado, dañados por el accidente.

g) No sanitarios derivados de la estancia en centros sanitarios.

h) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al Asegurador.



Coberturas

Pago fraccionado de la prima anual

Las primas del seguro son anuales, si bien el Asegurador, a petición del Tomador del seguro, accede a fraccionar el pago del total de la prima anual, incluidos sus impuestos, en los plazos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, según las siguientes estipulaciones:

a) De acuerdo con el vigente Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, los recargos a favor del citado organismo no son fraccionables y, por tanto, su importe íntegro se incluye en el primer recibo fraccionado de cada anualidad.

b) El fraccionamiento del pago de la prima anual no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que el Tomador del seguro viene obligado al pago de la totalidad de los recibos en los que se fracciona la prima de la anualidad.

c) El plazo de gracia de 30 días que se establece en las Condiciones Generales del contrato para el pago de los recibos sucesivos, únicamente tendrá validez para el primer recibo de cada anualidad de seguro en atención al carácter único e indivisible de la prima.

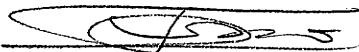
d) El impago a su vencimiento de cualquiera de los recibos de prima fraccionada, por causa no imputable al Asegurador, determinará la pérdida del beneficio del aplazamiento y la automática suspensión de la cobertura del seguro, sin necesidad de que medie requerimiento de pago.

Por tanto, de producirse un siniestro estando impagado uno de los recibos fraccionados del periodo anual de vigencia de la póliza, el Asegurador quedará liberado del cumplimiento de su obligación de indemnizar.

Si el Asegurador, dentro de un periodo de vigencia anual de la póliza, hubiese efectuado el pago de indemnizaciones y se diera el impago de uno de los recibos fraccionados, podrá optar por reclamar al Asegurado el importe de los recibos fraccionados pendientes o por exigir la devolución de las indemnizaciones satisfechas.

e) En caso de desaparición del riesgo antes de finalizar la anualidad en curso, el Tomador está obligado, salvo que se hubiere pactado lo contrario, a hacer efectivo el pago de los recibos fraccionados que resten para completar dicha anualidad.

f) El Asegurador, caso de reclamar al Tomador el pago de los recibos fraccionados que no hubieran sido satisfechos, dispondrá de seis meses para ejercitar judicialmente dicha reclamación, computando dicho plazo a partir de la fecha en que el recibo debiera haberse pagado.



Generalidades

Nº de póliza
8-5.184.885-G

EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

a) Incumplimiento requisitos Ley de Contrato de Seguro.- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según la definición contenida en la Ley de Contrato de Seguro. Dicha definición establece que se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social (salvo lo específicamente pactado para las coberturas de Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral) o de Invalidez Profesional, cuando éstas figuren contratadas), ya que esta póliza, a efectos del contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la Condición Preliminar de las Condiciones Generales.

b) Accidentes anteriores a la entrada en vigor de la póliza.- Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o a la fecha de pago del primer recibo, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del seguro.

c) Agravación consecuencias de un accidente.- La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El Asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

d) Accidentes intencionados.- Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas.

En el concepto de accidente provocado se incluye expresamente el suicidio, la tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria y el envenenamiento de carácter voluntario.

e) Actos dolosos.- Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado.

f) Conducción de vehículos.- Los accidentes provocados por la conducción de cualquier clase de vehículo sin el correspondiente permiso en vigor, expedido por la autoridad competente.

Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.

g) Navegación aérea.- La utilización como tripulante, de cualquier medio de navegación aérea, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público o privado de pasajeros.

Los accidentes de los alumnos de aviación en el transcurso de las prácticas.

h) Navegación marítima.- La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación de líneas marítimas (rutas comerciales tanto de viajeros como de mercancías), entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

Los ocurridos durante la navegación deportiva y de recreo a más de 60 millas náuticas de la costa o excediendo la distancia máxima autorizada por el título del patrón de la embarcación.

i) Enajenación mental, embriaguez, drogas.- Los accidentes sufridos por el Asegurado estando en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, salvo que pueda probarse por parte del Asegurado o Beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda de lo permitido legalmente, y el Asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

j) Intoxicación por fármacos.- Las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.

k) Infecciones.- Las infecciones de heridas y las enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, siempre que todos ellos no estén motivados por un accidente cubierto.

l) Picaduras.- Las lesiones o enfermedades transmitidas o producidas por la picadura de artrópodos o animales acuáticos.

m) Enfermedades cardiovasculares.- Las lesiones cerebro-vasculares, el infarto de miocardio, salvo que se pacte expresamente en la póliza la cobertura del mismo, y la angina de pecho.

n) Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares.- Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, incluido meniscos, que veñgan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados,

Generalidades

o deriven de defectos físicos preexistentes o degenerativos.

Las hernias o protusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.

o) Lesiones psíquicas, dolor, daño o perjuicio estético.- Las lesiones psíquicas, aún derivadas de un accidente cubierto por la póliza, en las que no pueda objetivarse como causa una lesión cerebral.

Todos aquellos procesos cuyo único síntoma sea el dolor, y no pueda objetivarse una limitación funcional o alteración anatómica mediante pruebas o exploraciones médicas.

El daño o perjuicio estético.

p) Insolaciones, congelaciones.- Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos por causa de un accidente cubierto por la póliza.

q) Deportes profesionales

Los accidentes ocurridos durante la práctica profesional o remunerada de cualquier deporte

r) Deportes no profesionales.-

Salvo que el riesgo o la actividad objeto del seguro sea la participación en algunos de los siguientes deportes, o se pretenda la inclusión de la práctica de los mismos como aficionado, y se pacte así en las Condiciones Particulares de la póliza, se excluyen los accidentes ocurridos practicando los deportes de:

1) Automovilismo, karting y motociclismo, en cualquiera de sus modalidades de competición o participación en pruebas de velocidad y/o resistencia.

2) Uso de motos náuticas, esquí y paracaidismo acuático, y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma.

3) Actividades aéreas tales como, aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, moto-planeador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.

4) Polo y deportes hípicos (excepto paseo).

5) Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera pistas y esquí con saltos de trampolín.

6) Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.

Se entiende por alpinismo, la ascensión a montañas con una altitud superior a los dos mil quinientos metros, independientemente de si hay o no nieves perpetuas y de su grado de dificultad.

Se entiende por escalada, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.

7) Rugby y fútbol americano.

8) Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.

9) Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.

10) Deportes de aventura en aguas bravas, tal como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob o barranquismo.

11) Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.

12) Utilización de armas de fuego y el ejercicio de la caza fuera de España o de Andorra.

13) Otros deportes y actividades de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.

14) Para cualquier deporte, la participación en competiciones, torneos o pruebas preparatorias organizados por federaciones deportivas u organismos similares.

s) Toreo y similares.- Los accidentes sufridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.

t) Expediciones y viajes de exploración.- Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.

u) Energía nuclear.- Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva así como todas aquellas actividades derivadas de la energía nuclear.

v) Siniestros Consorciables.- Los siniestros cuya cobertura corresponda al "Consortio de Compensación de Seguros".

w) Guerras, levantamientos, rebeliones.- Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.

x) Hechos de catástrofe o calamidad nacional

Acontecimientos calificados como tal por el Poder Público.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Excepto en el caso en que se pacte expresamente la exclusión de la revalorización automática de garantías, ésta se producirá de acuerdo con las siguientes normas:

I. Conceptos a los que se aplica la revalorización automática

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza (excepción hecha de las prestaciones incluidas en

Generalidades

Nº de póliza
8-5.184.885-G

la Asistencia en Viaje o la Asistencia Familiar), quedarán revalorizadas en cada vencimiento, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya a nivel del Estado Español. A estos efectos se considerarán como capitales y límites asegurados y por tanto sujetos a la citada revalorización, no solo los capitales que figuran en las Condiciones Particulares, sino también aquellos que se indiquen en los posibles suplementos que se emitan a la póliza.

II. Actualización de capitales y límites asegurados, franquicias y prima neta

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza, quedarán establecidos en cada vencimiento, multiplicando los que figuran inicialmente en esta póliza por el factor que resulte de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por índice base el que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. El índice de vencimiento es el que se indica en cada recibo de prima y que corresponde a la actualización del índice base en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo.

III. Vigencia de la garantía

El Tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta Cláusula en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta certificada, por lo menos dos meses antes de dicho vencimiento.

PERSONAS NO ASEGURABLES

I. Por edad

Las personas de edad superior a 70 años.

No obstante, el Asegurador podrá aceptar la prórroga de la cobertura, año a año, más allá de la indicada edad de 70, en los términos en que su normativa de suscripción de riesgos le sea aplicable. En estos supuestos, las primas podrán sufrir variación en cada renovación del seguro, conforme a la aplicación de los recargos por edad asegurada que estén vigentes en la Tarifa de Primas del ramo.

II. Por salud

Las personas que en el momento de la contratación de la póliza se hallen afectados de enfermedades terminales, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso central, epilepsia, grandes parálisis o amputaciones, polineuropatías periféricas, distrofias musculares u otras miopatías, ceguera o deterioro visual grave, sordera completa, insuficiencia cerebrovascular, aneurismas cerebrales o aórticos, hemofilia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) o portadores del virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.), enfermedades crónicas del hígado, neoplasias, enfermedades

endocrinas o metabólicas que no se encuentren compensadas, insuficiencia renal crónica, enfermedades difusas de los tejidos, osteoporosis, artrosis generalizada, alcoholismo, toxicomanía o drogadicción y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o grave, minusvalía física o psíquica, que a juicio del asegurador aumente el riesgo de accidentabilidad o agrave las consecuencias de un accidente, o dificulte la recuperación.

No obstante, la Entidad Aseguradora podrá aceptar mediante pacto expreso la cobertura de las personas afectadas por alguna de las lesiones, enfermedades crónicas o minusvalías físicas o psíquicas indicadas anteriormente.

Caso de manifestarse las enfermedades o circunstancias enumeradas en el párrafo anterior con posterioridad a la entrada en vigor de la póliza, el Asegurado deberá ponerlo en conocimiento inmediato del Asegurador, el cual, caso de no aceptar la continuidad de la póliza, reembolsará la parte de prima correspondiente al período que falta transcurrir de la anualidad en curso, desde la fecha de la notificación.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

En materia de riesgos ordinarios amparados por la presente póliza, las coberturas de la misma surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

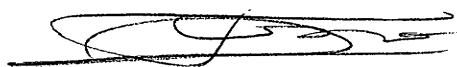
ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA

Es el que figura en las Condiciones Particulares. Las coberturas garantizadas por la presente póliza se concretan sólo a las consecuencias derivadas de accidentes producidos durante la vigencia de la póliza, y respecto de las coberturas y capitales garantizados en la fecha de ocurrencia del accidente.

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DECLARADA

Caso de producirse el accidente y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares, con la profesión o actividad real del Asegurado o Grupo asegurado, el Asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera entidad del riesgo, en el momento de emitir la póliza.

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de la contratación del riesgo, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del Asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del



Generalidades

Tomador o Asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en póliza, el Asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato difiere de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar conforme a la Tarifa de primas vigente, la prestación del Asegurador se efectuará aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que se hubiese cobrado en el caso de ser la edad correcta. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

FORMA DE INCLUSION DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA (SEGURO INNOMINADO O NOMINADO)

En las Condiciones Particulares figurará la forma de contratación, para la inclusión e identificación del grupo asegurado:

a) En la forma de contratación INNOMINADA, quedarán incluidos en las coberturas de la póliza todas las personas que tengan la condición de asegurados dentro del grupo, según consta en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) En la forma de contratación NOMINADA, tendrán únicamente la condición de asegurados las personas que figuren en la relación nominal, descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Tomador facilitará al Asegurador, en el momento de la contratación, el nombre y apellidos, sexo, fecha nacimiento y NIF de cada uno de los Asegurados

La Cía. librará un certificado individual de cobertura de seguro para toda alta que se produzca en la póliza de contratación nominada, al inicio de la misma o durante su vigencia, así como a la renovación anual del periodo de cobertura, para todos los Asegurados que en ese momento consten en la Base de datos de la póliza.

VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

I. Seguros contratados de forma innominada

La prima percibida por el Asegurador al inicio del periodo de cobertura del seguro tiene el carácter de prima mínima de depósito, que obligatoriamente se regularizará al finalizar dicho periodo.

A tal efecto, el Tomador se obliga a remitir documento firmado al Asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará el número real de asegurados con las altas y/o bajas que se hubieran producido.

En base a esta información, el Asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo contratado, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Fijada la prima definitiva del periodo de cobertura, tras la regularización, esa prima no podrá ser inferior al 75% de la prima mínima de depósito.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el Asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, con el límite fijado en el párrafo anterior.

II. Seguros contratados de forma nominada

La prima correspondiente a esta forma de aseguramiento se regularizará en el momento que se comunique al Asegurador los datos de las personas que causen alta o baja del grupo asegurado, y en consecuencia, también de las coberturas del seguro.

El Asegurador procederá, a través de emisión de un suplemento a la póliza, a librar un recibo de cargo o extorno de la prima, según resulte, prorrateada ésta desde la fecha de alta o baja de el/los Asegurado/s hasta el vencimiento del contrato.

III. Comprobación de los registros oficiales del Tomador (seguros de contratación innominada)

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los libros de registro, matrícula, inscripción, o cualquier otro que oficialmente hubiese servido para identificar las personas que forman parte del grupo asegurado.

PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes.



Generalidades

Nº de póliza
8-5.184.885-G

La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Especiales. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

b) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las Condiciones Particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

b) La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico-actuariales, tenga vigentes en cada momento el Asegurador. Para su determinación también se considerarán además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en el apartado de Modificaciones del riesgo de las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto en las Condiciones Generales (en su apartado "Siniestros: Tasación y liquidación de la indemnización") de esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

SINIESTROS: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

a) Como norma general, deberá satisfacerla al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado, la abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el Asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las reglas que se establecen en las Condiciones Generales (en su apartado "Intereses de demora") de esta póliza.

RESOLUCIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán resolver el contrato de seguro.

La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella.

Dicha notificación, deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el Asegurador procederá a devolver al Tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.



Generalidades

SUBROGACIÓN

Para la cobertura de Asistencia Sanitaria, de haberse contratado ésta, el Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del Asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) **En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.**
- b) **En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) **Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**

d) **Si el Tomador del seguro o el Asegurado o el beneficiario, no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**

e) **Si el Asegurado o el Tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.**

f) **Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro o del Asegurado.**

g) **Si por dolo, el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario omiten comunicar a cada asegurador la existencia de otros seguros sobre el mismo Asegurado con distintos aseguradores.**

COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.



Normativa de protección de datos de carácter personal

La Entidad Aseguradora incorporará en sus ficheros y someterá a tratamiento los datos personales que se recogen en el presente documento, y los que pueda solicitar con posterioridad al mismo, para hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

La finalidad de los ficheros es el tratamiento de los datos recabados, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual. La Entidad responsable de los ficheros es Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora proceda a su tratamiento, en los términos indicados en los párrafos anteriores.

El firmante consiente expresamente que sus datos sean comunicados entre la Entidad y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines. En el caso que, por cualquier circunstancia, la póliza no llegara a formalizarse o se rescindiera, el firmante consiente expresamente que la Entidad Aseguradora conserve los datos con el fin exclusivo de evaluar y gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo.

La Entidad Aseguradora se compromete a respetar y facilitar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte del afectado, en los términos y dentro de los límites

establecidos en los artículos 23 a 36 del Real Decreto 1720/2007, por el que se desarrolla la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. El firmante podrá ejercitar los derechos antes mencionados, así como revocar los distintos consentimientos que pueda prestar mediante la presente cláusula LOPD, dirigiendo una carta por correo ordinario al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora, Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: lopd@catalanaoccidente.com

En los supuestos en que el firmante ejerza el derecho de cancelación, y ello afecte a los datos necesarios para la valoración del riesgo o el desarrollo de la relación contractual, la Entidad Aseguradora podrá oponerse a la indicada solicitud de cancelación. En caso de solicitudes de seguro, tal cancelación dará lugar a que la Entidad Aseguradora pueda desestimar la contratación del riesgo solicitada, por no poder disponer y tratar adecuadamente la información necesaria para su valoración y cuantificación.

Vd. consiente de forma expresa al tratamiento de sus datos a efectos de recibir información sobre los productos y servicios de la Entidad Aseguradora y de entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente (www.grupocatalanaoccidente.com)

En caso de que Vd. no desee recibir tal información, podrá manifestarlo en cualquier momento, utilizando los mecanismos expresados anteriormente (correo ordinario o correo electrónico)

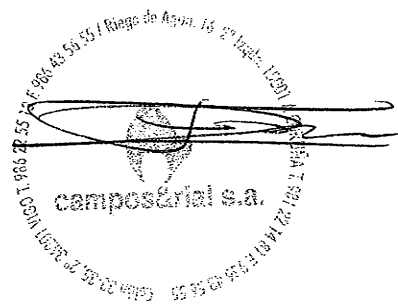
La presente póliza se compone de las anteriores Condiciones Particulares y Especiales (transcritas en las páginas 1 a ___), así como de las Condiciones Generales que se acompañan a continuación. El Tomador del seguro manifiesta haber leído las Condiciones señaladas, en su integridad, conociendo y aceptando la totalidad de su contenido. De forma expresa, manifiesta que conoce y acepta las cláusulas limitativas, convenientemente destacadas en negrita y contenidas en la póliza. El firmante declara que ha sido informado por el mediador, con carácter previo a la formalización de la póliza, de los extremos previstos en la normativa sobre Mediación en Seguros Privados. Asimismo declara haber recibido, con anterioridad a la firma del presente contrato, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, todo ello según lo detallado en el Preliminar de las Condiciones Generales. También declara que se le ha informado que España es el Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la Entidad Aseguradora.

En Sant Cugat del Vallés a 16 de enero de 2012

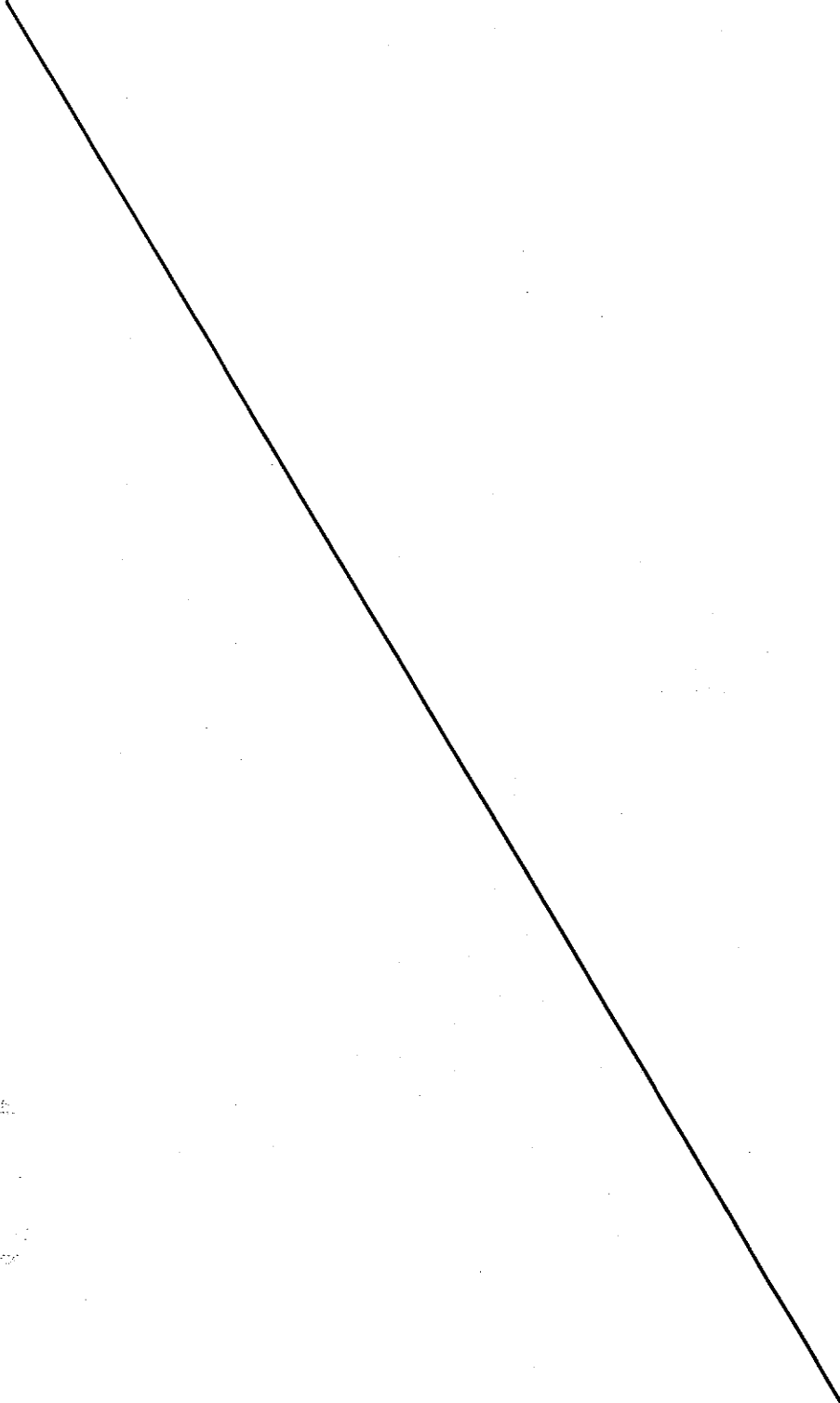
Por la Entidad,


Director General

El Tomador del Seguro,



bar01



Condiciones Generales

Preliminar

Nº de póliza
8-5.184.885-G

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E de 17 de octubre de 1980).
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza y los Suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía

administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsgfp.es).

Definiciones

ENTIDAD ASEGURADORA

La que figura en las Condiciones Particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato «el Asegurador».

TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado o Beneficiario.

FRANQUICIA

La cantidad, expresamente pactada en las Condiciones Particulares de la póliza, que corre a cargo del Asegurado y que, en consecuencia, se deducirá del importe de la indemnización que corresponda en cada siniestro.

PÓLIZA

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el Asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Condiciones Generales

Bases del contrato

DECLARACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO. PLAZO PARA SUBSANAR ERRORES DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

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

CONCURRENCIA DE SEGUROS

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

MODIFICACIONES DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar

desde la recepción de esta proposición para aceptar las reglas para su determinación o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán durante el curso del contrato, 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 del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

REQUISITOS EN LAS PERSONAS A ASEGURAR

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte, sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados.

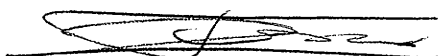
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Tomador del seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador, o en un testamento.

Reglas para el caso de fallecimiento del Asegurado.-
Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como Beneficiarios, se entenderá como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.



Condiciones Generales

Bases del contrato

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Si la designación se hace en favor de los herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del Tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.

La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado. Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

Si la designación se hace en favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Siniestros

PLAZO DE COMUNICACIÓN

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

En caso de concurrencia de seguros se respetará el plazo fijado en el párrafo anterior y el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberá comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás.

COLABORACIÓN DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

MINORACIÓN DE LAS CAUSAS DEL SINIESTRO

El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente con el fin de conservar la vida del Asegurado y su pronto restablecimiento del accidente. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Determinación del grado de invalidez

Como regla general, y con independencia de lo especificado en cada una de las coberturas de Invalidez contratadas en la póliza, la determinación del grado de invalidez que derive de accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo establecido en el apartado "Tasación de siniestros" que sigue.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un Perito Médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiere hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito Médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos Médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la

Condiciones Generales

Siniestros

naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito Médico Tercero.

El dictamen de los Peritos Médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos Médicos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos Médicos en un plazo de cinco días. En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

PAGO DE HONORARIOS PERICIALES

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

PAGO DEL IMPORTE MÍNIMO EN SINIESTROS INDEMNIZABLES

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia

del siniestro y, en su caso, el importe de los daños corporales que resulten del mismo.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta días, contados a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

INTERESES DE DEMORA

Si el Asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

1.- Afectará, con carácter general, a la mora del Asegurador respecto del Tomador del seguro o Asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

2.- Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

3.- Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

4.- La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

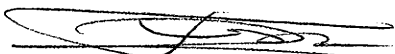
No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5.- En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

6.- Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

110704



Condiciones Generales

Siniestros

Nº de póliza
8-5.184.885-G

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el Asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7.- Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el Asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago.

Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la Aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al Asegurado, Beneficiario o perjudicado.

8.- No habrá lugar a la indemnización por mora del Asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9.- Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en mora

únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización, sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por mora en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10.- En la determinación de la indemnización por mora del Asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

ACCIDENTES INTENCIONADOS

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al Tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

DURACIÓN DE LA PÓLIZA Y PLAZO DE PREAVISO DE ANULACIÓN

La duración del contrato será determinada en las Condiciones Particulares, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. 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 queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

DOMICILIO DE PAGO DE LA PRIMA POR DEFECTO

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la

Condiciones Generales

Otros aspectos del contrato

prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la Entidad Aseguradora. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del seguro al referido agente de seguros se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

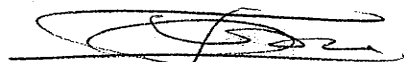
El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños, y de cinco años si el seguro es de personas.

JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.



Acontecimientos Extraordinarios

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

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

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

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

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

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 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

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

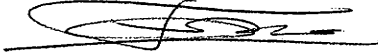
Acontecimientos Extraordinarios

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

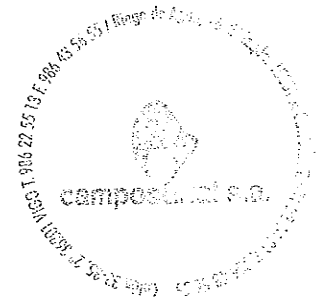
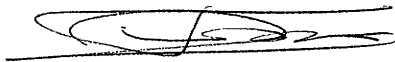
siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

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.



TRES REGLAS DE ORO PARA NUESTROS ASEGURADOS

- 1 Su póliza es un documento valioso. Consérvela cuidadosamente e informe dónde la tiene guardada a sus representantes o a personas de su confianza.
- 2 Si alguien le aconseja cambiar esta póliza por alguna otra, no se arriesgue a perder su asegurabilidad.
- 3 Cuando tenga cualquier duda sobre esta póliza, consulte a su Agente o a nuestra Sucursal. Nuestro asesoramiento será siempre en su beneficio, porque estamos convencidos que nuestro mejor negocio es servir bien a nuestros clientes.



Grupo  CATALANA
OCCIDENTE