

ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija



PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE ACCIDENTES
Condiciones Generales



ÍNDICE

Preliminar

- Artículo 1.- Objeto del seguro
- Artículo 2.- Condiciones de contratación
- Artículo 3.- Exclusiones
- Artículo 4.- Garantías cubiertas mediante su contratación
- Artículo 5.- Riesgos extraordinarios
- Artículo 6.- Bases del contrato
- Artículo 7.- Ámbito territorial de cobertura
- Artículo 8.- Variaciones de la composición del grupo asegurado
- Artículo 9.- Iniciación y duración del contrato
- Artículo 10.- Certificados individuales de seguro
- Artículo 11.- Agravación o disminución del riesgo
- Artículo 12.- Inexactitud en la edad del Asegurado
- Artículo 13.- Pago de la prima y efectos de su impago
- Artículo 14.- Tributos
- Artículo 15.- Capitales asegurados
- Artículo 16.- Comunicación de siniestros
- Artículo 17.- Tramitación de siniestros
- Artículo 18.- Pago de las prestaciones
- Artículo 19.- Beneficiarios
- Artículo 20.- Otras obligaciones de la Entidad Aseguradora
- Artículo 21.- Comunicaciones
- Artículo 22.- Prescripción
- Artículo 23.- Jurisdicción
- Artículo 24.- Información y Protección al Asegurado:
 - Autoridad de Control
 - Instancias de Reclamación

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN DE PÉRDIDAS DERIVADAS DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

Anexo: Cláusula de indemnización de pérdidas derivadas de riesgos extraordinarios
acaecidos en España



CONDICIONES GENERALES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE 17/10/80) se destacan en letra **negrita** las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en estas Condiciones Generales de la Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes de ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MPS.

El presente Contrato se rige por lo dispuesto en:

La legislación española sobre Contrato de Seguro, por la Ley 50/1980, de 8 de octubre (B.O.E. 17-10-80). La Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. 9-11-95) y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 2486/98 de 20 de noviembre (B.O.E. 25-11-98). Lo estipulado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares que se emiten en el momento de la contratación del Seguro para concretar e individualizar la Póliza y adaptar el Seguro a las características y necesidades del Asegurado.

Lo reflejado, en su caso, en las Condiciones Especiales, así como en los Apéndices y Suplementos que se emitan para efectuar posteriores modificaciones en la Póliza.

Cumpliendo lo dispuesto en los artículos 60 de la Ley 30/1995 y 104 del R.D. 2486/1998, se informa al Tomador y al Asegurado de lo siguiente:

Primero.- La Entidad Aseguradora es ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MPS, con Domicilio Social en España, en la ciudad de Madrid, Calle Téllez, 24, 1º oficina 3, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4414, Libro 0, Folio 40, Sec. 8, Hoja M-73189, Inscrip. 1º, que tiene como número de identificación fiscal G-28012862.

Segundo.- La legislación aplicable a este Contrato es la española y aquellas normas de derecho comunitario que formen parte de su ordenamiento jurídico interno.

Tercero.- En caso de desavenencia sobre la interpretación de este Contrato, el Tomador y/o el Asegurado podrán efectuar la oportuna reclamación por escrito ante los Servicios Centrales de ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MPS, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones o ante cualquier otra instancia y/u Organismo Público que tuvieren legalmente competencias en la materia, sin perjuicio de recurrir a los Tribunales de Justicia.

Cuarto.- El control y supervisión de ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MPS, corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español.

ARTÍCULO PRELIMINAR: DEFINICIONES

ENTIDAD ASEGURADORA: Asociación Mutualista de la Ingeniería Civil (AMIC), Mutualidad de Previsión Social Voluntaria a Prima Fija, también denominada la Compañía, entidad que emite la Póliza, asumiendo mediante el cobro de las Primas correspondientes los riesgos contractualmente pactados, y garantizando, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, el pago de las prestaciones objeto de este Contrato.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al Seguro, pero diferente a éste, que cumpla las condiciones legales precisas para ser Asegurado.



ASEGURADO: Cada una de las personas físicas objeto del Seguro que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el Seguro. Le corresponden los derechos, así como, en defecto del Tomador, las obligaciones derivadas de la presente Póliza.

GRUPO ASEGURADO: El conjunto de Asegurados incluidos en la Póliza.

BENEFICIARIO: La persona física o jurídica titular del derecho a las indemnizaciones garantizadas en este Contrato.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la misma: las Condiciones Generales, que definen, concretan y delimitan, junto con la Ley los derechos y obligaciones de cada una de las partes; las Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo; las Condiciones Especiales, que, en su caso, detallan y concretan el alcance y características especiales aplicables a la cobertura del riesgo; los Certificados de Adhesión y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

BOLETÍN DE ADHESIÓN: Es el documento que contiene los datos personales del Asegurado, las Garantías cubiertas y la designación de Beneficiarios, así como cualquier otro dato que pudiera ser requerido de acuerdo con la legislación vigente. Sirve de base para que el suscriptor sea dado de alta en el momento de la emisión de la Póliza o, en su caso, en la fecha de su adhesión al Seguro colectivo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Es el documento justificativo para el Asegurado de su inclusión en el Grupo Asegurado y que emite la Entidad Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, o de alta del Asegurado si fuera posterior. El Certificado de Seguro no presupone la existencia de la Garantía si no se corresponde con lo establecido y reflejado en la Póliza en cada momento.

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

CAPITAL ASEGURADO: Cantidad fijada en las Condiciones Particulares de la Póliza para cada Garantía asegurada y que sirve de módulo exclusivo por el que se determinan las indemnizaciones que en cada caso puedan corresponder.

MÓDULO DE VARIACIÓN: Es el factor objetivo común para todos los componentes del Grupo Asegurado, en virtud del cual se determinan los Capitales Asegurados y sus variaciones, así como la inclusión de cada Asegurado en la categoría de Capital que corresponda.

EDAD DEL ASEGURADO: Es la de su cumpleaños más próximo, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la Póliza.

ACCIDENTE: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se consideran Accidentes:

1. Las lesiones producidas por la inhalación fortuita o involuntaria de gases o vapores y por la ingestión, por error o acto criminal de terceros, de productos tóxicos o corrosivos.
2. Las infecciones originadas a consecuencia de mordeduras, picaduras o de cualquier lesión accidental asegurada.
3. Las lesiones sufridas en acciones de legítima defensa, así como los realizados por deber de solidaridad humana.
4. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica si son como consecuencia, causa desencadenante o concurrente de un Accidente cubierto.

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: Todo Accidente que sufre el Asegurado, como peatón causado por un vehículo, o como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.



ACCIDENTE PROFESIONAL: El Accidente acaecido durante el desarrollo del trabajo habitual del Asegurado y en los desplazamientos desde su domicilio hasta el centro de trabajo y viceversa.

ACCIDENTE EXTRAPROFESIONAL: El Accidente acaecido fuera del desarrollo del trabajo habitual del Asegurado, es decir, durante su actividad privada.

No se considerarán Accidentes los siguientes hechos, salvo que sean consecuencia directa de un Accidente garantizado:

1. Las enfermedades o lesiones derivadas de enfermedad de cualquier naturaleza, que pueda sufrir el Asegurado, incluso el infarto o el derrame cerebral, salvo pacto en contrario que se expresará en las Condiciones Particulares.
2. Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.
3. En caso de agravarse las consecuencias de un Accidente por una enfermedad o estado morboso preexistente o sobrevenido después de ocurrido aquél, por causas independientes del mismo, la Entidad Aseguradora responde solo de las consecuencias que el Accidente hubiera probablemente tenido sin la intervención agravante de la enfermedad o estado morboso.

FRANQUICIA: Cantidad económica que en cada Siniestro, según lo pactado en la Póliza, es a cargo del Asegurado.

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias dañosas estén, total o parcialmente, cubiertas por las Garantías de esta Póliza. Se considera que constituye un solo y único Siniestro el conjunto de daños derivados de una misma causa.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

HOSPITAL: Establecimiento donde se recibe atención médica urgente o tratamiento de períodos agudos de enfermedad. Su función principal debe ser la de proveer cuidados médicos y tratamiento a lesionados o enfermos dentro de un sistema de cuidado residencial. Debe contar con recursos para realizar diagnósticos médicos y tratamientos, por o bajo la supervisión de uno o más médicos. Debe suministrar un servicio de 24 horas de enfermería bajo la supervisión de una enfermera cualificada. Debe tener departamentos organizados de medicina.

No se incluyen bajo este concepto centros de reposo, de convalecencia, centros de rehabilitación, centros de cuidados crónicos o de servicios especializados de enfermería. Tampoco están incluidas las residencias para la tercera edad, los lugares para el tratamiento de drogodependencia o alcohólicos, o las instituciones psiquiátricas.

Tampoco se incluyen bajo este concepto, cualquier ala, zona o centro, o cualquier otra sección que se utilice para las funciones descritas en el párrafo anterior, tanto si es una parte de un Hospital o residencia, como si es una entidad completamente independiente.

HOSPITALIZACIÓN: Situación que implica el registro de ingreso del paciente y su permanencia en un Hospital, durante un período mínimo de 24 horas.

CARENCIA: Período de tiempo contado a partir de la fecha de efecto, o alta en el Seguro, durante el cual no entran en vigor las Garantías de la Póliza.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno del paciente efectuada, con fines distintos al diagnóstico, por un cirujano en un Hospital, y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.



ARTÍCULO 1º.- OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Contrato la Entidad Aseguradora asume la cobertura de todas o alguna de las Garantías que a continuación se indican, siempre que hayan sido contratadas y figuren como tal en las Condiciones Particulares, con la determinación del Capital Asegurado y, en su caso, con los límites y exclusiones que se establezcan en la Póliza.

1.1. GARANTÍA PRINCIPAL: FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

1.2. GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE EN SUS GRADOS TOTAL Y PARCIAL; INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE EN SU GRADO DE ABSOLUTA; INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE; INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TRANSITORIA A CAUSA DE ACCIDENTE; ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA-FARMACÉUTICA A CAUSA DE ACCIDENTE

Estas Garantías se otorgan sin perjuicio de las exclusiones definidas en el artículo 3º de estas Condiciones Generales y, en su caso, de las exclusiones específicas para cada cobertura que se fijen en las Condiciones Generales, Particulares o en las Especiales.

Las consecuencias de Accidentes considerados como catastróficos se garantizan por el Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con la Cláusula de Cobertura de Riesgos Extraordinarios.

ARTÍCULO 2º.- CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

Con carácter general, no serán asegurables:

- a) Personas incapacitadas ni personas con más de 70 años de edad al momento de la suscripción del Contrato.
- b) Personas menores de 14 años de edad.
- c) Personas que ejercen profesiones notoriamente peligrosas.
- d) Personas que padecen una Invalidez grave (ceguera, parálisis, y similares) o enfermedades graves permanentes (apoplejía, arteriosclerosis, osteoporosis, epilepsia, enfermedades graves del cerebro, de tipo nervioso, o de espina dorsal, y similares) ni las que poseen hábitos adquiridos tales como las manifestaciones alcohólicas, drogodependencias u otras que puedan producir perjuicios graves a la salud.

De sobrevenir al Asegurado alguna de estas circunstancias durante la vigencia del Seguro, será de aplicación lo dispuesto en los artículos 9º y 11º de estas Condiciones Generales.

Con carácter excepcional podrá pactarse entre las partes la contratación y cobertura del Seguro para personas que se encuentren en alguna situación o circunstancia que les determine como "no asegurables" según lo establecido con carácter general en el epígrafe anterior, siempre que no se vulnere la normativa legal vigente y, en su caso, mediante condiciones específicas que deberán reflejarse en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.

Las Garantías complementarias no podrán contratarse con independencia de la Garantía principal, ni las Garantías de Indemnización Diaria por Hospitalización, Indemnización Diaria por Incapacidad Transitoria y Asistencia Médico-Quirúrgica-Farmacéutica con independencia de alguna de las de Invalidez Permanente.

Tanto la Garantía principal como las complementarias sólo tendrán validez si así constan expresamente en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Seguro y se renuevan anualmente.

El cumplimiento de las condiciones de contratación se comprobará a través de la Solicitud de Seguro del Bolefín de Adhesión, con o sin declaración del estado de salud y, en su caso, del reconocimiento médico.



Con carácter general, el Contrato de Seguro quedará rescindido al cumplir el Asegurado la edad de 75 años.

Excepcionalmente podrá establecerse una edad superior a la de 75 años como edad límite de cobertura máxima del Seguro. En tal caso, se establecerá en las Condiciones Particulares el límite máximo de edad hasta la que podrá alcanzar la cobertura del Seguro.

ARTÍCULO 3º.- EXCLUSIONES

3.1 CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS CONTRATADAS, QUEDAN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA:

- a) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- b) Las consecuencias o secuelas de Accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro no declarados en la Solicitud de Contratación del Bolefín de Adhesión, aunque estas se manifiesten durante su vigencia, así como las derivadas de un Accidente cubierto que se manifiesten después de los trescientos sesenta y cinco días de la ocurrencia del mismo.
- c) Las consecuencias o secuelas sobrevenidas por actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado, o en apuestas y desafíos, o por riñas o actos notoriamente peligrosos realizados por el Asegurado, salvo que se realicen en legítima defensa.
- d) Las consecuencias o secuelas sobrevenidas en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta, o bajo los efectos de estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del Siniestro. Se considerará que existe embriaguez manifiesta cuando se supere la tasa de alcohol en sangre establecida como sancionable por la normativa vigente en materia de circulación de vehículos .
- e) Los daños derivados de la práctica por el Asegurado como profesional de cualquier deporte.
- f) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- g) Los producidos con intervención de cualquier tipo de aeronave, cuando se forme parte de la tripulación.
- h) Los producidos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, parapente, volando en planeador o ala delta.
- i) Los viajes de exploración, rallies, u otras competiciones deportivas en el propio país de residencia y otros.
- j) Los causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.
- k) Los producidos por riesgos de guerra y operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político-social o actos de terrorismo.
- l) Los Accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del reglamentario permiso de conducción.
- m) Los daños producidos como consecuencia de infección por el virus VIH, o de sus enfermedades asociadas.
- n) Las infecciones de cualquier tipo, salvo la penetración en el cuerpo que venga dada por una lesión producida por un Accidente cubierto en la Póliza. Se excluyen de cobertura en todo caso las infecciones tropicales por picaduras de insectos así como las señaladas en el apartado m) anterior.



- o) Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza que no sean consecuencia directa o inmediata de un traumatismo.
- p) Los Accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aún cuando este no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobrevenido el Siniestro dentro del período de carencia que rige para este Organismo.

3.2 QUEDAN EXCLUIDOS IGUALMENTE DE LA COBERTURA DE ESTE SEGURO, SALVO PACTO EN CONTRARIO Y ABONO DE LA CORRESPONDIENTE SOBREPRIMA:

- a) Los Accidentes derivados de la práctica como aficionado de los siguientes deportes: carreras y concursos de equitación, esquí, escalada, travesía de glaciares y paso de montaña con cordada, espeleología, inmersión submarina con aparatos de ayuda respiratoria, deportes aéreos, lucha, boxeo y artes marciales, carreras de velocidad, regularidad o resistencia utilizando cualquier tipo de vehículo autopropulsado, y el uso como propietario, patrón o tripulante de barcos de vela o motor a más de dos millas de la costa.
- b) El uso como conductor de motocicleta de cilindrada superior a 100 cc.

ARTÍCULO 4º.- GARANTÍAS CUBIERTAS MEDIANTE SU CONTRATACIÓN

4.1.- GARANTÍA PRINCIPAL: FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La Entidad Aseguradora pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado, indicado en las Condiciones Particulares para esta Garantía, si como consecuencia directa de un Accidente cubierto por esta Póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, al tiempo del Accidente.

Asimismo pagará la indemnización correspondiente en el caso de que el fallecimiento sobrevenga dentro de un año a contar desde las 24 horas del día de la fecha del Accidente por evolución de las lesiones sufridas. Corresponde en este caso a los Beneficiarios demostrar la relación causa-efecto entre el Accidente y el fallecimiento.

Si con anterioridad al fallecimiento, la Entidad Aseguradora hubiera pagado una indemnización por Invalidez a consecuencia del mismo Accidente y sin que hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, esta deberá indemnizar la diferencia entre el importe pagado y la suma asegurada en caso de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Entidad Aseguradora no reclamará la diferencia.

Queda expresamente convenido, de acuerdo con la definición de Accidente de las Condiciones Generales de la presente Póliza y por acuerdo entre las partes contratantes, que la muerte por Infarto queda en todo caso excluida de las coberturas de la presente Garantía aunque sea considerada como Accidente laboral por la autoridad legal competente, salvo expresa inclusión de las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Seguro.

4.2.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE, EN SUS GRADOS DE TOTAL O PARCIAL

La Entidad Aseguradora indemnizará al Asegurado según el importe estipulado en las Condiciones Particulares para esta Garantía, cuando sufra una pérdida anatómica y/o funcional definitiva e irreversible de miembros y/u órganos a consecuencia del traumatismo, ocurridas al tiempo del Accidente.

Asimismo pagará la indemnización correspondiente en el caso de que la pérdida anatómica y/o funcional definitiva e irreversible de miembros y/u órganos a consecuencia del traumatismo, sobrevenga dentro de un año a contar desde las 24 horas del día de la fecha del Accidente por evolución de las lesiones sufridas. Corresponde en este caso a los Beneficiarios demostrar la relación causa-efecto entre el Accidente y la Invalidez.



4.2.1. Invalidez Permanente Total:

Se indemnizará el 100% del Capital Asegurado para esta Garantía de Invalidez cuando el Asegurado sufra:

- a) Enajenación mental completa incurable.
- b) Ceguera de ambos ojos, total e incurable.
- c) La pérdida anatómica de ambas manos o de ambos pies, o la pérdida de una mano y un pie.
- d) Paraplejía.
- e) Cuadriplejía.

4.2.2. - Invalidez Permanente Parcial:

Por cualquier otro tipo de Invalidez se abonará al Asegurado la parte proporcional del Capital Asegurado para Invalidez Permanente Total, de acuerdo con el baremo siguiente:

Pérdida o inutilización absoluta:	DERECHO:	IZQUIERDO:
- Del brazo o de la mano	60%	50%
- Del movimiento del hombro	30%	20%
- Del movimiento del codo	20%	15%
- Del movimiento de la muñeca	20%	15%
- Del pulgar y del índice	40%	30%
- De tres dedos que no sean pulgar o índice	25%	20%
- De tres dedos, incluidos pulgar o índice	35%	30%
- Del pulgar y otros que no sea el índice	30%	25%
- Del índice y otros que no sea el pulgar	25%	20%
- Del pulgar sólo	22%	18%
- Del índice sólo	15%	12%
- Del medio, anular o meñique	10%	8%
- De dos de estos últimos dedos	15%	12%
- De una pierna o amputación por encima de la rodilla		50%
- Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos		40%
- Pérdida total de la fonación		25%
- Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular		30%
- Fractura no consolidada de una pierna o un pie		40%
- Fractura no consolidada de una rótula		20%
- Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla		20%
- Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un solo miembro inferior		15%
- Sordera completa de un oído		10%
- Sordera completa de ambos oídos		40%
- Pérdida del dedo pulgar de un pie		10%
- Pérdida de otro dedo del pie		5%

Los tipos de Invalidez no especificados expresamente se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

4.2.3.- Limitaciones aplicables a esta Garantía:

Quando el Asegurado resulte con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será igual a la suma de los respectivos porcentajes, con el límite del Capital fijado para esta Garantía, sin que en ningún caso, la suma de



indemnizaciones por pérdidas parciales de un miembro pueda ser superior a la que correspondería por pérdida total o funcional del mismo.

Si con anterioridad al Accidente, el Asegurado presentaba ya alguna pérdida anatómica o funcional, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la Invalidez preexistente y el que resulte después del Accidente.

Si en el Cuestionario de Seguro constase que el Asegurado es zurdo, o se puede probar posteriormente, se invertirán los porcentajes previstos en el baremo para los miembros superiores.

4.3.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE, EN SU GRADO ABSOLUTA

Mediante la contratación de esta Garantía y su expresa inclusión en las Condiciones Particulares, la Entidad Aseguradora indemnizará al Asegurado, con un Capital, establecido en las Condiciones Particulares para esta Garantía, cuando sufra una pérdida anatómica y/o funcional definitiva e irreversible de miembros

y/u órganos a consecuencia del Accidente, que le provoquen una Invalidez absoluta y permanente que impida al Asegurado desarrollar de forma definitiva e irreversible cualquier tipo de profesión u oficio.

4.4.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA: INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE

La Entidad Aseguradora garantiza el pago de la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares por cada día que el Asegurado permanezca internado en un Hospital, como consecuencia de un Accidente garantizado por esta Póliza, durante un período mínimo de 24 horas.

En este sentido, se entenderá por Hospital todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran Hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, instituciones para tratamiento psiquiátrico, instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de drogadictos y alcohólicos.

El período máximo de indemnización será de 90 días, a contar desde el día de ingreso hasta el de la fecha de salida y comenzará a pagarse después del período de Franquicia pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago de la indemnización total se efectuará una vez producida el alta médica y una vez acreditadas las fechas de internamiento y de alta médica del Asegurado.

4.5.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA: INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TRANSITORIA A CAUSA DE ACCIDENTE

Cuando a causa del Accidente, el Asegurado quede incapacitado temporalmente para el ejercicio de su ocupación principal, declarada en la Póliza, la Entidad Aseguradora abonará la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares para esta Garantía.

4.5.1.- Limitaciones aplicables a esta Garantía:

Esta Garantía sólo se causará en territorio español.

La indemnización diaria pactada se abonará hasta la fecha de alta médica y con un máximo de 365 días.

La indemnización tendrá los siguientes límites:

- El 100% de la cantidad diaria, mientras el Asegurado permanezca imposibilitado totalmente para el ejercicio habitual de su profesión en el caso de que esta sea manual.
- Si el Asegurado ejerce una profesión liberal, o no tiene profesión determinada, la indemnización diaria prevista le será satisfecha por entero mientras la Invalidez temporal le impida abandonar su domicilio.



- El 50% de la cantidad pactada, desde el momento en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones habituales y hasta la fecha de alta, pese a que siga sometido a tratamiento médico.
- En Seguros de duración inferior a un año, esta Garantía se indemnizará como máximo por el mismo período que la duración del Contrato para Pólizas con duración superior a 3 meses y con el máximo de 90 días para las de duración inferior.

4.6.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA: ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA-FARMACÉUTICA A CAUSA DE ACCIDENTE

Mediante la contratación de esta Garantía queda garantizado el pago de los gastos de asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica, ambulancia o primer traslado, internamiento sanatorial y rehabilitación física, en tanto que los mismos se deriven de un Accidente cubierto por la Póliza. La Entidad Aseguradora se hará cargo de estos pagos durante un período máximo de 365 días a contar desde la primera atención médica y hasta el límite de Capital Asegurado para esta Garantía recogido en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 5º.-RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de riesgos extraordinarios acaecidos en España, según lo dispuesto en la cláusula de indemnización indicada en Anexo, y según la legislación vigente en cada momento.

ARTÍCULO 6º.-BASES DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión no existía riesgo o había ocurrido el Siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, el Tomador, y en su caso el Asegurado, está obligado a comunicar a la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que, según el Cuestionario presentado por la Entidad Aseguradora antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La reticencia o inexactitud de las declaraciones del Tomador o del Asegurado que influyan en la estimación del riesgo, producirán los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley de Contrato del Seguro. Sin embargo la Entidad Aseguradora no podrá impugnar el Contrato, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 89 de la Ley de Contrato del Seguro, transcurrido un año desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término de plazo más breve y salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

La Solicitud de Seguro del Boletín de Adhesión, cumplimentada por el Tomador del Seguro o por el Asegurado, en unión de esta Póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del Seguro, que alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos que en la misma se especifican.

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

ARTÍCULO 7º.- ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Las Garantías de este Contrato de Seguro son de aplicación en cualquier parte del mundo donde sobrevenga el Accidente, quedando exceptuados los Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.



Se exceptúa de la extensión anterior la cobertura de Asistencia-Médico-Quirúrgica-Farmacéutica que, si bien se extiende a todo el mundo, cuando deba prestarse fuera de territorio español queda limitada a la cantidad contratada que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 8º.- VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador está obligado a notificar la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado y que pueden consistir en:

8.1. ALTAS:

Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del Seguro de grupo.

La fecha de efecto de cada alta tendrá lugar una vez cumplidas las condiciones de admisión y en la fecha que estipule el Tomador.

8.2. BAJAS:

Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- Salida del grupo Asegurado o Asegurable.
- Baja voluntaria de alguno de los Asegurados.
- Pago del Capital de la Garantía complementaria de Invalidez Permanente por Accidente, en sus grados de total o parcial.
- Pago del Capital de la Garantía complementaria de Invalidez Permanente por Accidente, en su grado de absoluta.
- Pago del Capital de la Garantía de Fallecimiento por Accidente.
- Cumplimiento de la edad de salida o vencimiento.

En el primero de estos supuestos, cuando un Asegurado cause baja voluntaria en el Seguro, ésta surtirá efecto en la fecha que se indique en la notificación del Tomador a la Entidad Aseguradora comunicando tal circunstancia, no procediendo devolución de prima al Tomador por el período no consumido sobre la anualidad en curso.

ARTÍCULO 9º.- INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

El Contrato entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Adhesión que se emita individualmente para cada Asegurado, siempre que haya sido firmado por las partes y el Tomador del Seguro haya pagado el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario. La presente Póliza no tendrá vigor ni eficacia alguna si las Condiciones Particulares y sus anexos no han sido firmadas y devuelta, una de sus copias, a la Entidad Aseguradora.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.

El Contrato se estipula por la duración que figure en las Condiciones Particulares.

Finalizado dicho plazo, el Contrato de Seguro se entenderá tácitamente prorrogado anualmente, hasta la duración máxima establecida en estas Condiciones Generales o, en su caso, hasta la duración máxima establecida en las Condiciones Particulares.



No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la citada prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha del inmediato vencimiento del período en curso.

La prórroga tácita no es de aplicación a los Seguros contratados por duración inferior a un año.

ARTÍCULO 10º.- CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO

La Entidad Aseguradora emitirá para cada Asegurado el correspondiente Certificado Individual de Seguro, en el que se harán constar inicialmente los Capitales Asegurados por el Seguro principal y sus complementarios, la designación de Beneficiarios y las Condiciones Especiales de las modalidades de Seguros contratadas.

La variación de Capitales que afecte a cada Certificado de Seguro, y la modificación de la designación de Beneficiarios, requerirá la emisión de un nuevo Certificado de Seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.

Las modificaciones en los Certificados individuales y las altas o bajas en el grupo se entenderán incluidas automáticamente en la relación de Asegurados de las Condiciones Particulares. No obstante, cuando las variaciones afecten a un número elevado de Asegurados, bastará la modificación de aquella relación. Todas las modificaciones anteriores deberán solicitarse a través del Tomador, que estará obligado a facilitar, como mínimo trimestralmente, una relación de Asegurados.

ARTÍCULO 11º.- AGRAVACIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como les sea posible, aquellas circunstancias contempladas en el Cuestionario de la Solicitud de Seguro del Boletín de Adhesión que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Entidad Aseguradora 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 o del Asegurado. Corresponderán a la Entidad Aseguradora, 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 la Entidad Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta 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 la Entidad Aseguradora liberada del pago de la prestación.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo o sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Entidad Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si la Entidad Aseguradora no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del Seguro podrá exigir la resolución del Contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 12º.- INEXACTITUD EN LA EDAD DEL ASEGURADO

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora sólo podrá



impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquélla.

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

ARTÍCULO 13º.- PAGO DE LA PRIMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

La prima correspondiente a esta Póliza, junto con los impuestos legalmente repercutibles, será exigible en efectivo, por anualidades completas anticipadas, el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Entidad Aseguradora y en el domicilio del Tomador. A efectos de su cobro, dicha prima podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las bases técnicas de este Seguro.

Si el Tomador se ausentase de España, deberá señalar un domicilio en territorio nacional para su cobro.

13.1. PRIMA INICIAL O PRIMERA

La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.

La primera prima será exigible conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

13.2. PRIMAS SUCESIVAS

Para caso de prórroga tácita del Contrato, la prima de los recibos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de Primas que, fundadas en criterios técnicos actuariales, tenga en cada momento establecida la Entidad Aseguradora. Se tendrá en cuenta, además, las modificaciones de Garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, anual o fraccionada, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido.

La Entidad Aseguradora, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tomar efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

ARTÍCULO 14º.- TRIBUTOS

Todos los tributos que graven el presente Contrato y que sean legalmente repercutibles, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador, Asegurado o de los Beneficiarios.

ARTÍCULO 15º.- CAPITALS ASEGURADOS

El importe de los Capitales Asegurados para cada Garantía contratada vendrá determinado en las Condiciones Particulares.



Cualquier solicitud de modificación del Capital Asegurado deberá ser notificada por escrito a la Entidad Aseguradora por el Tomador del Seguro.

En caso de solicitud de aumento de cualquiera de los Capitales Asegurados la Entidad Aseguradora se reserva la facultad de aceptación con base en sus criterios de selección y acumulación de riesgos así como en la normativa legal vigente.

ARTÍCULO 16°.- COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Entidad Aseguradora el acaecimiento del Siniestro, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán dar a la Entidad Aseguradora toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del Siniestro.

ARTÍCULO 17°.- TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios deberán comunicar a la Entidad Aseguradora, mediante carta o cumplimentación del parte de Siniestro el acaecimiento del mismo, dentro del plazo máximo de SIETE DÍAS de haberlo conocido, salvo que se haya establecido en la Póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, la Entidad Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios, deberán dar toda clase de información sobre las circunstancias en que se produjo el mismo.

La indemnización se fijará después de obtenida y analizada la documentación prevista a continuación, la cual deberá ser facilitada por el Beneficiario.

17.1 En caso de fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán entregar a la Entidad Aseguradora:

- Certificado de nacimiento o Documento Nacional de Identidad del Asegurado.
- Certificado literal de Defunción del Asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando las causas y circunstancias del fallecimiento y copia de las diligencias judiciales seguidas en el Accidente.
- En su caso, Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador del Seguro, o Acta de Notoriedad de herederos legales.
- Documento de liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Los Beneficiarios deberán acreditar su personalidad.

Todos los justificantes habrán de presentarse legalizados, en los casos que sean precisos.

17.2 En caso de Invalidez Permanente del Asegurado:

La Invalidez se justificará con los correspondientes Certificados médicos que aporte el Tomador del Seguro o el Asegurado, especificando el comienzo, la causa, la naturaleza y consecuencias de la misma.

La determinación del grado de Invalidez que derive del Accidente se efectuará después de la presentación del Certificado médico de incapacidad a la Entidad Aseguradora. Esta notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de Invalidez que deriva del Certificado médico y del Baremo pactado en la Póliza.

Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Entidad Aseguradora en lo referente al grado de Invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, en la forma que establece el art. 38° de la Ley de Contrato de Seguro.



Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad entre las dos partes. No obstante, si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación, por haber mantenido una valoración de la Invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

17.3 En caso de Hospitalización:

Se deberá presentar a la Entidad Aseguradora el Certificado médico que especifique las causas que motivaron la Hospitalización y el Certificado de la clínica u Hospital que acredite la duración de la estancia del Asegurado y las causas de su internamiento.

17.4 En caso de Incapacidad Laboral Transitoria:

Una vez producido el Siniestro, y en el plazo de cinco días a partir de la notificación a la Entidad Aseguradora, el Tomador del Seguro o los Asegurados quedan también obligados a entregar a la Entidad Aseguradora:

- El impreso de "Declaración de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus partes, siendo imprescindible que la relativa al Accidente sea extendida y firmada por el Médico que asista al paciente.
- Un "Parte semanal de baja", en el cual conste la situación de baja del Asegurado y la fecha del Siniestro.

ARTÍCULO 18°.- PAGO DE LAS PRESTACIONES

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora pagará o consignará la prestación garantizada en el plazo máximo de CUARENTA DÍAS a partir de la recepción de la citada documentación.

La prestación garantizada le será satisfecha al Asegurado, o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del Siniestro la Entidad Aseguradora no hubiese pagado la indemnización por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en el pago de un interés igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un 50%; 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% anual.

Para percibir una indemnización por el riesgo de Fallecimiento por Accidente, la Entidad Aseguradora solicitará la presentación de la declaración del impuesto de sucesiones liquidada por la oficina de Hacienda u organismo autonómico que corresponda.

En ningún caso, un mismo Accidente dará derecho, simultáneamente, a las indemnizaciones para Fallecimiento e Invalidez Permanente.

La muerte del Asegurado, causada dolosamente por un Beneficiario, privará a este del derecho de la prestación establecida en el Contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del Tomador.

ARTÍCULO 19°.- BENEFICIARIOS

El Asegurado, podrá designar Beneficiarios o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora.



La designación del Beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o en testamento.

Si en el momento del fallecimiento de alguno de los Asegurados no hubiera 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. Si la designación se hace a favor de los herederos de los Asegurados 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 a favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del Asegurado que tengan dicha condición 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 a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá salvo estipulación en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Asegurado 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.

La prestación de la Entidad Aseguradora deberá ser entregada al Beneficiario, en cumplimiento del Contrato, aún contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del Asegurado. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al Beneficiario el reembolso del importe de las Primas abonadas por el Contrato en fraude de sus derechos.

ARTÍCULO 20º.- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Además de pagar la prestación garantizada, es también obligación de la Entidad Aseguradora, al contratar el Seguro, entregar al Tomador la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 50/80.

ARTÍCULO 21º.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquella señalado en la Póliza. Si se realizan a un Agente de la Entidad Aseguradora, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme al artículo 21 de la Ley 50/80.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieren notificado a la Entidad Aseguradora el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por el Corredor de Seguros a la Entidad Aseguradora en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.



ARTÍCULO 22º.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 23º.- JURISDICCIÓN

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

ARTÍCULO 24º.- INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN AL ASEGURADO

AUTORIDAD DE CONTROL:

El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponden España al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA dispone de un Servicio de Atención al Mutualista y al Cliente, para atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes le presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones al Servicio de Atención al Mutualista y al Cliente del Grupo AMIC, mediante escrito dirigido al domicilio: Calle Téllez, 24,1º oficina 3, Madrid, España, por fax al nº 91 576 47 59 o e-mail: car@amic.es.

Las quejas y reclamaciones formuladas serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses desde su presentación en el Servicio de Atención al Mutualista y al Cliente.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por la instancia anteriormente citada, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamaciones indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN DE PÉRDIDAS DERIVADAS DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de riesgos extraordinarios acaecidos en España, según lo dispuesto en la cláusula de indemnización indicada en Anexo, y según la legislación vigente en cada momento.



ANEXO
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

El Consorcio de Compensación de Seguros satisfará las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y también los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro.
- b) Que, aún estando amparado por la póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso, o porque hallándose la Entidad Aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un proceso de liquidación intervenida o ésta hubiera sido admitida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (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 cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. Riesgos excluidos

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



- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del reglamento de 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 en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios.
- g) Los causados por la 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 de seguro a efectos de la cobertura de riesgos ordinarios.

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



II PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, deberán comunicar, dentro del plazo máximo 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, bien directamente o bien a través de la Entidad Aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. 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 siguiente documentación:

a) Lesiones que generan invalidez permanente parcial, total o absoluta:

- Fotocopia del DNI/NIF del lesionado y del receptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importe indemnizables.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

- Certificado de defunción
- Fotocopia del DNI/NIF del posible beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importe indemnizables.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.
- En caso de que no hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento, o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

En prueba de conocimiento y aceptación se firma en lugar y fecha que se indica.

En Madrid, a de de 201

EL TOMADOR

ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA
INGENIERÍA CIVIL



amic

mutualidad