



Póliza de Accidentes

Condiciones Generales

A

ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Registro Mercantil de Barcelona, volumen 1063, folio 142, libro 546, sección anónima,
CIF: A-08169526

www.asc.cat

asc@asc.cat

Condiciones generales

Cláusula primera: legislación aplicable

La presente Póliza se rige por lo convenido por las partes en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares, así como por los Anexos y Suplementos de la misma.

En caso de discrepancia entre lo establecido en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales.

La presente Póliza está sometida, salvo respecto a aquellas cláusulas que sean más beneficiosas para el Asegurado, a lo establecido en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la "LCS"), en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, en el Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de seguros privados, en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, así como a las modificaciones y adaptaciones que se produzcan de las anteriores, a sus reglamentos así como a cualquier otra legislación que sea de aplicación durante la vigencia de la Póliza.

De conformidad con lo establecido en el artículo 3 LCS las condiciones generales y particulares han sido redactadas de forma clara y precisa para una fácil comprensión por parte del Tomador y/o Asegurado/s. Aquellas cláusulas susceptibles de poder llegar a ser consideradas limitativas de los derechos de los Asegurados han sido especialmente destacadas en negrita y deben ser específicamente aceptadas por el Tomador.

Corresponde al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital de España, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad Aseguradora de Asistencia Sanitaria Colegial, SA de Seguros, registrada con el nº C-416.

Cláusula segunda: definiciones

A los efectos de esta Póliza se entiende por:

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

Asegurado: Cada una de las personas físicas designadas en las Condiciones Particulares sobre las cuales se establece la Póliza y a quien corresponde recibir las prestaciones del seguro y quien, en defecto del tomador, asume las obligaciones y derechos derivados de la póliza.

Asegurador: ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS, quien, tras la emisión de la Póliza y el cobro de la correspondiente Prima, asume el riesgo contractualmente pactado.

Asistencia Sanitaria: La atención médica, quirúrgica y farmacéutica necesaria para la rehabilitación de las consecuencias del accidente.

Beneficiario: La persona física o jurídica que previa designación por el Tomador deviene titular del derecho a la indemnización.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas que recogen las condiciones básicas de la relación contractual aplicables a las Pólizas de la misma modalidad.

Condiciones Particulares: Conjunto de cláusulas en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuestionario sobre circunstancias de riesgo: Declaración realizada por el tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

Franquicia: Limitación establecida en la presente Póliza que queda fuera del riesgo cubierto por el Asegurador. Las cuantías o el número de días fijados como franquicia en Condiciones Particulares serán siempre a cargo del Tomador y/o Asegurado.

Incapacidad Temporal: Condición física, consecuencia de accidente, que imposibilita el ejercicio de sus actividades privadas o profesionales durante un período de tiempo al término del cual el Asegurado recupera la capacidad para su ejercicio.

Indemnización: La cantidad o suma de cantidades que como consecuencia del siniestro pagará el Asegurador en la forma y plazos establecidos.

Invalidez permanente: Pérdida anatómica o funcional, total o parcial, de carácter permanente e irreversible sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Muerte: El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Período de Carencia: El período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y toma de efecto de las garantías del mismo, durante el cual no serán indemnizados los siniestros que se produzcan.

Plazo de vigencia: Período de tiempo que media entre la fecha de inicio y la fecha de finalización de la cobertura.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Suplementos o Anexos que se emitan de la misma para complementarla o modificarla.

Prima: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean repercutibles.

Siniestro: Hecho fortuito que produzca daños físicos corporales al Asegurado cubierto por la presente Póliza.

Soporte Duradero: Aquél que permite guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios la Póliza y cualquier otra información relacionada con el mismo, ya sea en papel o en cualquier otro medio inalterable.

Suma Asegurada: Es la cantidad pactada para cada una de las garantías del Póliza y constituye el límite máximo de indemnización del Asegurado.

Tomador: El Tomador del seguro es la persona física o jurídica que suscribe por cuenta propia o ajena la Póliza con el Asegurador y a quién corresponden las obligaciones y deberes que de la misma se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Cláusula tercera: objeto del seguro

El Asegurador, cuando el Asegurado sufra un accidente tipificado en la definición de la Cláusula anterior o contenido en la Cláusula CUARTA, garantizará el pago de las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares a quien sea titular del derecho a la indemnización, sea el Asegurado o, en su caso, Beneficiario y de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

En concreto, el Asegurador, en caso de accidente cubierto por la presente Póliza, con el alcance con que se describe en la Cláusula QUINTA, asume las coberturas expresamente pactadas en las Condiciones Particulares que determinan algunas de las consecuencias siguientes relativas al Asegurado:

- La Muerte.
- La Invalidez Permanente Absoluta o Parcial.
- La Incapacidad Temporal.
- La Asistencia Sanitaria y Hospitalización por Accidente.

Son garantías básicas la Muerte y la Invalidez Permanente, las cuales deberán contratarse conjuntamente.

Son garantías opcionales la Incapacidad Temporal y la Asistencia Sanitaria y la Hospitalización por Accidente.

El seguro puede amparar el riesgo de accidentes acaecidos tanto en la vida privada como realizando actividades profesionales u otras especiales y complementarias que se puedan pactar en las Condiciones Particulares.

Cláusula cuarta: accidentes

A los efectos de esta Póliza, además de las circunstancias previstas en la definición de la Cláusula SEGUNDA, tendrán la consideración de accidentes:

1. Los envenenamientos y la ingestión de sustancias alimentarias en mal estado; el ahogamiento por aguas; la asfixia o las quemaduras producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores o al ingerir, por error o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos; **excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes y alucinógenos.**
2. Los hechos ocurridos en acciones de legítima defensa.
3. Las infecciones originadas como consecuencia de mordeduras, picaduras o de cualquier lesión accidental.
4. Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por otro accidente cubierto por la presente Póliza.

Los hechos cubiertos por la presente Póliza son aquellos que se produzcan durante la

vigencia de esta.

Cláusula quinta: descripción de coberturas

1. Muerte por accidente

Si en el plazo de **dos años**, a contar desde la fecha de ocurrencia de un accidente cubierto por la presente Póliza, fallece el Asegurado como consecuencia directa de ese accidente, el Asegurador indemnizará la Suma Asegurada en las Condiciones Particulares al Beneficiario designado por el Tomador, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes LCS.

En caso de muerte por accidente se garantiza:

- El capital asegurado en las Condiciones Particulares.
- La disponibilidad inmediata de un anticipo a cuenta de hasta 1.800 euros para atender los gastos de sepelio.
- Que el cónyuge del Asegurado fallecido quede automáticamente asegurado por el mismo capital, hasta el próximo vencimiento anual del seguro. Si figurase también como Asegurado en este mismo seguro de accidentes, su capital garantizado sería la suma de ambos durante dicho período de tiempo.

Un mismo accidente sufrido por el Asegurado no puede dar derecho a indemnización por Muerte y por Invalidez Permanente.

Si tras el pago de la indemnización por Invalidez Permanente el Asegurado falleciera dentro del plazo establecido de **dos años** como consecuencia del mismo accidente, el Asegurador pagará únicamente la diferencia si la prestación por Muerte fuere superior a la ya satisfecha.

2. Invalidez Permanente por accidente

Si en el plazo de **dos años** el Asegurado queda afectado de una Invalidez Permanente a consecuencia directa de un accidente cubierto por este seguro, el Asegurador abonará la indemnización que de acuerdo con los siguientes apartados corresponda a su grado de invalidez y a los capitales asegurados.

Los grados de Invalidez Permanente, que son independientes de la profesión del Asegurado, determinarán los porcentajes de indemnización de acuerdo con las modalidades siguientes:

2.1. Permanente Absoluta

Se entiende por Invalidez Permanente Absoluta la irreversible situación física o de enajenación mental del Asegurado determinante de su total ineptitud para el ejercicio de cualquier profesión.

En todo caso se considera Invalidez Permanente Absoluta las reducciones anatómicas o funcionales absolutas y permanentes siguientes:

- Ceguera absoluta.
- Parálisis completa.
- Enajenación mental incurable que excluya para cualquier trabajo.
- Lesiones que obliguen o requieran guardar cama permanentemente.
- Pérdida o impotencia funcional o absoluta de ambas piernas.
- Pérdida o impotencia funcional o absoluta de ambos pies.
- Pérdida o impotencia funcional o absoluta de ambos brazos.
- Pérdida o impotencia funcional o absoluta de ambas manos.
- Pérdida simultánea de miembro inferior y superior de los antes reseñados.

En caso de Invalidez Permanente Absoluta se pagará íntegro el capital asegurado en las Condiciones Particulares para estos supuestos.

2.2. Permanente Parcial

En el supuesto de que la Invalidez Permanente como consecuencia de una irreversible situación física o mental del Asegurado determine su parcial ineptitud para el ejercicio de cualquier profesión no reuniendo, en consecuencia, las características de la Invalidez Permanente Absoluta, su grado de invalidez se determinará en porcentajes de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación:

BAREMO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (%)

	Derecho	Izquierdo
1. Pérdida total de un brazo	70	60
2. Pérdida total del antebrazo	65	55
3. Pérdida total de una mano	60	50
4. Pérdida total de movimiento del hombro	30	20
5. Pérdida total de movimiento del codo	20	15
6. Pérdida total de movimiento de la muñeca	20	15
7. Pérdida total del pulgar y del índice	35	30

8. Pérdida total de tres dedos comprendidos el pulgar o el índice	40	30
9. Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25	20
10. Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30	25
11. Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	25	20
12. Pérdida total del pulgar solamente	22	18
13. Pérdida total del índice solamente	15	12
14. Pérdida total del dedo medio, del anular o del meñique	10	8
15. Pérdida total del dedo anular o del meñique	15	12
16. Pérdida total de una pierna o de un pie	50	
17. Pérdida total del dedo gordo del pie	10	
18. Pérdida total de uno de los demás dedos del pie	5	
19. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40	
20. Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25	
21. Fractura no consolidada de una rótula	20	
22. Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20	
23. Acortamiento no menor de cinco centímetros de un miembro inferior	15	
24. Ablación de la mandíbula inferior	30	
25. Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30	
26. Sordera completa de los dos oídos	60	
27. Sordera completa de un oído	15	

2.3. Modalidades de aseguramiento

La cobertura de Invalidez Permanente Absoluta o Parcial podrá contratarse en una de las siguientes modalidades de indemnización:

2.3.1. Indemnización proporcional

La indemnización será el importe resultante de aplicar el porcentaje correspondiente al grado de Invalidez, Absoluta o Parcial según baremo recogido en el punto 2.2. de esta Cláusula, sobre el capital pactado para Invalidez Permanente en las Condiciones Particulares.

2.3.2. Indemnización Progresiva (225% o 350%)

La indemnización será la resultante de aplicar al capital pactado para Invalidez Permanente en las Condiciones Particulares, los porcentajes establecidos en el siguiente cuadro de acuerdo con el grado de invalidez obtenido.

Esta modalidad de aseguramiento progresivo no se aplicará a personas mayores de 65 años, ni a los siniestros cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

Grado Invalidez %	Porcentajes aplicables al Capital Base asegurado %	
	Progresiva 225%	Progresiva 350%
De 0 a 25	Sin variación	Sin variación
De 26 a 30	40	35
De 31 a 35	45	55
De 36 a 40	55	70
De 41 a 45	65	85
De 46 a 50	75	100
De 51 a 55	90	125
De 56 a 60	105	150
De 61 a 65	120	175
De 66 a 70	135	200
De 71 a 75	150	225
De 76 a 80	165	250
De 81 a 85	180	275
De 86 a 90	195	300
De 91 a 95	210	325
De 96 a 100	225	350

2.4. Normas complementarias

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

La lesión medular como consecuencia de un accidente cubierto se considerará como invalidez y será clasificada en la categoría que corresponda, por semejanza entre las lesiones anteriormente enumeradas.

Sólo se considerará Invalidez Permanente la pérdida total de un dedo y, en consecuencia, la indemnización por la pérdida de cada falange de un dedo se computará del siguiente modo: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad del porcentaje establecido en el Baremo para la

pérdida total del respectivo dedo; y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total.

Si el Asegurado es zurdo, lo que deberá constar en el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" que se le someta, se invertirán los porcentajes atribuidos en el Baremo a cada miembro superior.

La pérdida de funcionalidad total de un órgano o de una extremidad se considerará como pérdida parcial. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de funcionalidad perdida.

En caso de pérdidas anatómicas o funcionales de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establecerá por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular hasta el límite máximo del cien por cien.

Si el Asegurado presentaba pérdidas o defectos anatómicos o funcionales con anterioridad al accidente cubierto, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que habría resultado si el Asegurado, antes del mismo disfrutara de integridad anatómica y funcional.

En los casos que no estén señalados en el Baremo del punto 2.2. anterior y en los de pérdida parcial de los miembros arriba indicados, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad comparada con los fijados en Baremo, según dictámenes médicos que fijarán en porcentaje el grado de invalidez sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

En caso de Invalidez Permanente que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis ortopédica, el Asegurador se obliga a pagar el importe que alcance la primera prótesis que se practique al Asegurado, cuyo importe no exceda del 10% de la Suma Asegurada para caso de invalidez y hasta un máximo de 1.500 euros.

3. Incapacidad Temporal

El Asegurador indemnizará al Asegurado en caso de accidente que origine las consecuencias definidas en la Cláusula SEGUNDA, con una cantidad diaria pactada en las Condiciones Particulares y de acuerdo con las siguientes normas:

- 3.1. La indemnización diaria se abonará a partir del día después de la fecha del siniestro mientras dura la incapacidad y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha del accidente. Independientemente de la existencia de uno o más siniestros y del momento en que se produzcan, el cómputo de este límite máximo será acumulable, cesando definitivamente la garantía (y su pago) una vez alcanzado el límite máximo establecido.
- 3.2. La indemnización diaria se reducirá al cincuenta por ciento tan pronto como el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones profesionales habituales.
- 3.3. Si el Asegurado no ejerce profesión alguna, sólo tiene derecho a la totalidad de la indemnización diaria convenida por el tiempo que no pueda abandonar su domicilio.
- 3.4. Esta garantía podrá pactarse con una franquicia aplicable a cada siniestro del número de días que se señale en las Condiciones Particulares. La indemnización a percibir por el Asegurado se hará de acuerdo con las normas anteriores, calculándose el importe a partir del día siguiente al de la expiración de la franquicia. La incapacidad de duración inferior a la franquicia estipulada no dará derecho a indemnización.
- 3.5. Podrán pactarse franquicias de uno de los tres tipos siguientes con la consiguiente reducción en la prima para esta cobertura:

Franquicia	Reducción
5 días	12%
10 días	25%
15 días	40%

4. Asistencia Sanitaria y Hospitalización por accidente

El Asegurador tomará a su cargo, en los casos de accidente amparado por esta Póliza, los gastos de asistencia sanitaria hasta el límite de la Suma asegurada en las Condiciones Particulares y de acuerdo con las siguientes normas:

- 4.1. Se considerarán gastos de asistencia sanitaria los médico-farmacéuticos, los de hospitalización, los originados por el servicio de ambulancia y los derivados de la rehabilitación física del Asegurado.
- 4.2. Cuando la asistencia sanitaria sea prestada por los servicios médicos designados por el Asegurador, éste asumirá la totalidad de los gastos hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares. No

obstante, podrá pactarse en las **Condiciones Particulares que la Suma Asegurada sea ilimitada en su cuantía en ese supuesto.**

- 4.3. En el caso de que la asistencia sanitaria se preste por servicios médicos libremente elegidos por el Tomador, se satisfarán, previa justificación, los gastos originados de acuerdo con las tarifas usuales, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares.
- 4.4. **El plazo máximo de cobertura de esta garantía será en todo caso de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha del accidente.**
- 4.5. En todo caso, según dispone el artículo 103 LCS, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del Contrato.
- 4.6. Los gastos derivados por daños en la dentadura que originen la colocación de prótesis dentales fijas o removibles se reembolsarán hasta un máximo de 300 euros.
- 4.7. **Los trasplantes de miembros u órganos y los daños de prótesis preexistentes no estarán cubiertos por esta garantía, salvo pacto expreso en contrario.**
- 4.8. Cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia en la proporción que exista entre la cobertura otorgada y la cobertura total obtenida por el Asegurado.

5. Riesgos especiales y complementarios

Mediante el pago de sobreprima y su especificación en las Condiciones Particulares podrá contratarse la cobertura de los riesgos derivados de la práctica de determinados deportes, así como los riesgos complementarios de:

- Doble capital por accidente de circulación.
- Doble capital en caso de ocurrencia en el extranjero.
- Subvención de estudios repartida durante cinco años para hijos menores de 21 años.

Cláusula sexta: clasificación, selección y proporcionalidad de los riesgos

Los riesgos se han graduado atendiendo a la profesión del Asegurado, de acuerdo con la clasificación de grupos profesionales que figuran en la **DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES** de estas Condiciones Generales.

La Incapacidad Temporal y la Asistencia Sanitaria y Hospitalización por Accidente no serán asegurables si no se contratan junto con la Muerte y la Invalidez Permanente.

La Suma Asegurada para el riesgo de Invalidez Permanente debe ser igual o superior a la asegurada para el caso de Muerte, no pudiendo superar el doble de la establecida para la prestación por Muerte.

La suma diaria asegurada para el riesgo de Incapacidad Temporal no podrá superar el uno por mil de las sumas aseguradas para los riesgos conjuntos de Muerte e Invalidez Permanente.

Cláusula séptima: exclusiones

I. Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro:

1. Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios, y las acciones delictivas propias.
2. Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros según normativa propia.
3. La cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina de pecho, por ejemplo) y cualquier trombosis o embolia vascular, así como el accidente vascular cerebral (ictus, embolia o hemorragia cerebral, por ejemplo), incluso cuando la patología haya sido reconocida como accidente laboral o profesional por la Seguridad Social o mutua profesional a la cual el ASEGURADO pudiese estar afiliado.
4. Las enfermedades u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza y sus consecuencias, siempre y cuando no sobrevengan directa y únicamente de un accidente cubierto.
5. Los sufridos participando el Asegurado en duelos, apuestas y competiciones de velocidad o de cualquier otra naturaleza deportiva.
6. Los accidentes producidos por desvanecimientos o síncope, los ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza y sus

consecuencias, sea cual fuere su origen, así como las hernias y esfuerzos en general.

7. Las consecuencias de las operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas directa y únicamente por un accidente cubierto, las lesiones consecutivas o cualquier operación practicada por el Asegurado sobre sí mismo o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requeridas y las producidas por cualquier irradiación no ocasionada por un tratamiento médico motivado por un accidente cubierto.

8. El suicidio o la tentativa del mismo; envenenamiento y mutilación voluntaria; los que ocurren en estado de perturbación mental, embriaguez, toxicomanía y drogadicción y en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa.

9. Los causados por los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos, maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

10. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular o conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra.

11. Los derivados de hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

12. En general los riesgos de carácter extraordinario cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con su Estatuto legal.

13. Los que guarden relación directa o indirecta con explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por el Seguro de Riesgo Nuclear.

14. Las consecuencias puramente psíquicas de un accidente.

15. Los accidentes como pasajero en circulación submarina.

II. Excluidos salvo que se incluyan expresamente en las Condiciones Particulares:

1. Los accidentes derivados del uso como conductor de motocicletas de cilindrada superior a 50cc.

2. Los accidentes debidos a la práctica de los siguientes deportes: paracaidismo, escalada, espeleología, ciclismo de competición, boxeo, hockey, motorismo, automovilismo, aeronáutica, polo, hípica, rugby, lucha, submarinismo, surfismo, caza mayor, navegación a vela y/o motor a más de 12 millas de la costa.

3. Deportes de aventura: parapente, rafting, puenting, acceso a glaciares, etc.

III. Personas excluidas del seguro:

1. Los menores de 14 años.

2. Las personas mayores de setenta años. En cualquier caso, la Póliza quedará extinguida al término de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de setenta años.

3. Los afectados de enajenación mental, parálisis, epilepsia, alcoholismo, toxicomanía y drogadicción, enfermedades de la médula espinal, encefalitis letárgica y en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

Cláusula octava: ámbito del seguro

Las garantías de la presente Póliza de seguro surten efecto en todo el mundo salvo los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

Cláusula novena: tramitación de siniestros

En caso de cualquier siniestro amparado por esta Póliza el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, según los casos, deberán comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de **siete días** de haber tenido conocimiento del mismo y dar cuanta información posea o le pueda ser solicitada por el Asegurador sobre sus causas y circunstancias.

En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar daños y perjuicios por la falta de declaración, salvo que haya tenido conocimiento del siniestro por otro medio; todo ello de acuerdo con el artículo 16 LCS.

La comunicación deberá incluir toda la información y se seguirán las siguientes normas de tramitación:

1. Muerte por accidente

El Tomador o el Beneficiario, en su caso, deberán presentar los siguientes documentos:

a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.

b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

c) Documentos que acrediten la personalidad y la condición del Beneficiario y, en su caso, la del Tomador.

d) Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente tramitada por la Delegación de Hacienda correspondiente.

2. Invalidez Permanente por accidente

En caso de accidente amparado por esta Póliza el Asegurado deberá aportar certificado médico de invalidez y, si procede, cualquier resolución administrativa de la que disponga.

El Asegurador, de acuerdo con el artículo 104 LCS, determinará el grado de invalidez a la vista del certificado médico aportado y notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde en función del grado de invalidez y de los baremos fijados en la Cláusula QUINTA en relación con la Suma Asegurada en las Condiciones Particulares.

El Asegurador fijará el grado de invalidez, una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo, pero **siempre dentro del año a contar desde la fecha del accidente**.

Si el Asegurado no aceptase la propuesta del Asegurador en cuanto al grado de invalidez, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, de acuerdo con el procedimiento del artículo 38 LCS cuyas normas se extractan a continuación:

2.1. Si las partes no llegan a un acuerdo en el plazo de **cuarenta días** a contar desde que se complete la información del siniestro que se recoge en el párrafo primero de esta Cláusula cada parte designará un perito médico, los cuales aceptarán por escrito su nombramiento.

2.2. La parte que no realice la designación en el plazo de **ocho días** de ser requerida por la que realizó su designación queda vinculada a pasar por el dictamen que emita el perito designado por la otra parte.

2.3. En caso de acuerdo de los peritos médicos designados emitirán acta conjunta en la que determinarán el grado de invalidez.

2.4. Si no hay acuerdo entre los peritos médicos designados, ambas partes designarán un tercer perito de común acuerdo y, de no alcanzarse éste, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En este supuesto el dictamen deberá ser emitido en el plazo máximo de **treinta días** de la aceptación del tercer perito médico.

2.5. El dictamen se notificará a las partes, quienes en caso de disconformidad pueden impugnarlo judicialmente en el plazo de **treinta días** de la notificación, el Asegurador, y de **ciento ochenta días** el Asegurado.

2.6. El dictamen no impugnado será vinculante para las partes y deviene inatacable.

2.7. Determinado el grado de invalidez por dictamen inatacable, el Asegurador deberá proceder a fijar la indemnización y efectuar su pago en el plazo de **cinco días**.

2.8. Si el dictamen hubiese sido impugnado el Asegurador deberá abonar en todo caso el importe mínimo de la indemnización que reconozca deber en el plazo de **cinco días**.

2.9. Si por demora del Asegurador en el pago de indemnización inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarla judicialmente aquella se verá incrementada con el interés establecido para la mora del Asegurador en el artículo 20 LCS, a contar desde la fecha en que el dictamen devino inatacable.

3. Incapacidad Temporal por accidente

En caso de accidente amparado por esta Póliza, el Asegurado deberá aportar certificado médico de incapacidad que incluya plazo previsible de incapacidad. Si la incapacidad se mantiene, la baja deberá ser confirmada mensualmente.

4. Asistencia Sanitaria y Hospitalización por accidente

Cuando la asistencia sanitaria y la hospitalización sean prestadas por los servicios médicos designados por el Asegurador se debe solicitar autorización previa.

Cuando la asistencia sanitaria y la hospitalización sea prestada por los servicios

médicos libremente elegidos, el Asegurado deberá presentar justificación mediante factura completa de los gastos médico-farmacéuticos, de hospitalización, ambulancia o rehabilitación consecuencia del accidente cubierto por este Seguro.

Cláusula décima: indemnizaciones

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones sucesivas para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias.

El pago de las indemnizaciones se realizará de acuerdo con las cuantías y límites pactados en las Condiciones Particulares, así como en los plazos y con los requisitos que se establecen a continuación para cada garantía.

1. Muerte por accidente

La indemnización se abonará a los **cinco días** de completarse la documentación exigida en la Cláusula NOVENA, 1 al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares, en la última declaración mediante escrito en papel u otro soporte duradero comunicado al Asegurador, o en testamento.

A falta de designación concreta de Beneficiario, se considerará que lo son los herederos legales.

Si de la aplicación de las reglas anteriores no se pudiera determinar el Beneficiario la indemnización formará parte del patrimonio del Tomador.

2. Invalidez Permanente por accidente

Determinado el grado de invalidez por el procedimiento establecido en la Cláusula anterior, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización fijada en el plazo de **cinco días**. En todo caso el Asegurador abonará el importe mínimo que pueda deber según las circunstancias de invalidez conocidas dentro del plazo de **cuarenta días** a partir de la recepción de la declaración de acuerdo con el artículo 18 LCS.

3. Incapacidad Temporal

El Asegurador satisfará de una sola vez el pago de la indemnización por incapacidad temporal, dentro de los **cinco días** siguientes a la fecha en que haya recibido el alta del médico que haya atendido la curación del Asegurado o en que expire el plazo de **trescientos sesenta y cinco días** desde el accidente si no ha cesado antes el tratamiento médico. No obstante, el Asegurado podrá exigir se le liquide a cuenta por meses vencidos, previa presentación del parte médico por el que se confirme cada mes la baja.

4. Asistencia Sanitaria y Hospitalización por accidente

Los gastos de asistencia sanitaria cubiertos por la presente Póliza serán liquidados por el Asegurador en la forma siguiente:

4.1. Servicios médicos designados por el Asegurador: Directamente al centro o servicio que haya prestado la asistencia en las condiciones previstas en el concierto establecido entre ambas entidades.

4.2. Servicios médicos libremente elegidos por el Tomador o Asegurado: Se realizará el reembolso al Asegurado de los gastos que correspondan, dentro de los límites pactados, en el plazo de **cuarenta días** de la recepción completa de la documentación justificativa de la asistencia prestada y de los gastos incurridos.

El Asegurador una vez pagados los gastos de asistencia sanitaria se podrá subrogar en los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro –artículo 82 LCS–.

Cláusula undécima: demora en la indemnización

El Asegurador, de acuerdo con el artículo 20 LCS, incurrirá en mora cuando no hubiere pagado la indemnización en el plazo de **tres meses** desde que se produjo el siniestro.

Igualmente incurre en mora si no abona el importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los **cuarenta días** siguientes a la recepción de la declaración del siniestro.

El interés aplicable de la mora será un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente, en el momento de producirse la mora, incrementado en el cincuenta por ciento de acuerdo con el artículo 20.4 LCS.

No habrá lugar a la mora del Asegurador cuando la falta de pago de la indemnización esté fundada en causa justificada que no le sea imputable.

Será causa justificada el que el Asegurado no cumpla las normas de tramitación de la Cláusula NOVENA en relación con el desarrollo del siniestro.

Cláusula duodécima: bases de la póliza

1. La Solicitud y el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" cumplimentados por el Tomador y/o Asegurado, así como la proposición del Asegurador, si la hubiere, en unión de esta Póliza, con sus Anexos y Suplementos, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites y condiciones estipulados, a los riesgos en la misma descritos.

2. La presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador y/o Asegurado en el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" al que le ha sometido el Asegurador con anterioridad a la formalización del seguro y que han motivado su aceptación del riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones derivadas de la Póliza y la fijación de la Prima.

3. El Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador y/o Asegurado, según previsión del artículo 10 LCS.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurado, el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones en esta Póliza, según se establece en el artículo 10 LCS.

4. Si el contenido de esta Póliza difiere de la proposición de seguro, si la hubiere, o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar al Asegurador, 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, según establece el artículo 8 LCS.

5. El Tomador del seguro tiene el deber y la obligación de firmar los documentos que integran la Póliza.

Cláusula decimotercera: derechos del tomador y, en su caso, del asegurado o beneficiario

1. Derecho a percibir la indemnización pactada en las Condiciones Particulares y en los plazos fijados en la Cláusula DÉCIMA.

2. El Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pudiera tener acceso el Asegurador relacionada con las coberturas de la presente póliza.

Sus datos personales estarán garantizados y protegidos por el Asegurador como responsable del tratamiento de los mismos, de acuerdo con la finalidad de la presente Póliza.

3. El Tomador tendrá la facultad unilateral de resolver la Póliza, dentro del plazo de **treinta días** siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la Póliza, de acuerdo con el artículo 83,a) LCS.

4. El Tomador tiene derecho a la devolución de la Prima no consumida en el supuesto de resolución que le otorga el artículo 83, a) LCS y en los supuestos de extinción voluntaria por las partes que prevé la Cláusula DECIMOCTAVA.

5. El Tomador tiene derecho a la reducción de la Prima futura por disminución de las circunstancias de riesgo que afecten a la valoración de aquélla, de acuerdo con el artículo 13 LCS.

6. El Tomador tiene derecho a resolver la Póliza si el Asegurador no reduce la Prima futura, una vez comunicada una reducción esencial de las circunstancias de riesgo que afecte a la valoración de la prima establecida, de acuerdo con la regulación del artículo 13 LCS.

7. En este caso, el Tomador también tiene derecho a la devolución de la diferencia de Prima.

8. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrán presentar quejas o reclamaciones al Asegurador en relación con sus derechos e intereses legalmente reconocidos que deriven de la presente Póliza, de la normativa de transparencia y protección al asegurado o de las buenas prácticas y usos en materia aseguradora, en especial del principio de equidad contractual. Las instancias de reclamación son las siguientes:

8.1 Internas:

El Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario pueden formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente del Asegurador. Para facilitar la participación y colaboración de los clientes, todas las delegaciones comarcales y oficinas disponen de impresos para la formalización presencial de sus quejas o reclamaciones. También lo pueden hacer por correo en Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos, Barcelona 08029, o por correo electrónico: atencionalcliente@asc.cat.

Una vez iniciado el procedimiento, de conformidad con la legislación aplicable, el Asegurador procederá a acusar recibo y resolverá en el plazo legalmente establecido, de acuerdo con el procedimiento detallado en el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente. Se puede consultar un ejemplar en las oficinas del Asegurador y en su página web: www.asc.es/es/servicio-cliente.

8.2 Externas:

Una vez agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador, el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario puede acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana 44, Madrid 28046, o puede presentar su queja o reclamación a través de la oficina virtual: www.dgsfp.mineco.es.

La normativa de transparencia y protección del Asegurado se encuentra recogida, en concreto, en:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.
- Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la cual se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del cliente de entidades financieras.

En todo caso, el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario siempre podrá acudir a la vía judicial para dirimir cualquier conflicto que tenga con el Asegurador.

De acuerdo con el artículo 24 LCS, "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".

Cláusula decimocuarta: obligaciones y deberes del tomador y, en su caso, asegurado

1. Pago de la Prima:

a) **Tiempo de pago:** El Tomador, de acuerdo con el artículo 14 LCS, está obligado al pago de la Prima una vez firmada la Póliza.

Irán a cargo del Tomador los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles en cada momento, los cuales se satisfarán junto con la Prima.

b) **Unicidad:** La Prima es **única** y corresponde al total período de duración de la Póliza. La Prima se devenga íntegramente el primer día de vigencia de la Póliza sin perjuicio que en las Condiciones Particulares se puede fraccionar el pago de la misma en fracciones de Prima (o primas fraccionadas), no liberatorias.

Las primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos.

En caso de voluntad, manifestada por el Tomador, de resolver la Póliza antes del vencimiento fijado en las Condiciones Particulares, deberá pagar al Asegurador la parte de la Prima no consumida.

c) **Lugar de pago:** Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador, según previsión del artículo 14 LCS.

d) **Consecuencia del impago de la primera Prima:** Si por culpa del Tomador la primera Prima no hubiera sido pagada a su vencimiento, de acuerdo con el artículo 15 LCS, el Asegurador tiene derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza.

En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca algún siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

e) **Consecuencia del impago de las primas sucesivas:** En caso de falta de pago de la Prima segunda y 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 la Póliza queda extinguida, según dispone el artículo 15 LCS. La citada extinción no impedirá la reclamación de la Prima impagada en el plazo de cinco años previsto en el artículo 23 LCS.

Si la Póliza no hubiera sido resuelta o extinguida conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las **VEINTICUATRO HORAS** del día en que el Tomador o el Asegurado pague la Prima pendiente. En cualquier caso, el Asegurador, cuando la Póliza esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima impagada del período en curso, de acuerdo con el artículo 15 LCS.

f) Si en las Condiciones Particulares se han fijado **primas fraccionadas**, el impago de

cualquiera de las fracciones producirá el vencimiento anticipado del resto de fracciones del período en curso y las mismas consecuencias descritas en los dos apartados anteriores.

Cualquier pago se imputará necesariamente a la fracción de Prima más antigua que esté impagada.

g) **Recibo de Prima:** El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o sus representantes legalmente autorizados.

h) **Domiciliación de recibos:** Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de Prima se aplicarán las siguientes normas:

El Asegurador podrá exigir al Tomador y/o Asegurado la entrega de una autorización expresa de las correspondientes operaciones de pago.

La Prima o primas fraccionadas se entenderán satisfechas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en el artículo 15 de la LCS, no pudiera ser cargado en la cuenta del Tomador y/o Asegurado por cualquier circunstancia imputable o no al mismo. En este caso, el Asegurador le notificará que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurado y aquél vendrá obligado a satisfacer la Prima en dicho domicilio.

Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento de la Prima domiciliada sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no fuese atendido su pago, por cualquier causa, deberá notificar tal hecho al obligado al pago, por carta certificada u otro medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio social, sucursal o agencia del Asegurador. Este plazo se computará desde la fecha de certificación de la expresada carta o notificación al último domicilio comunicado al Asegurador.

2. Declarar al Asegurador, de acuerdo con el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

No tendrá obligación de declarar esas circunstancias si el Asegurador no le somete al "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" o las mismas no están comprendidas en el mismo, aun cuando éstas pudieran influir en la valoración del riesgo, según disposición del artículo 10 LCS.

3. Comunicar al Asegurador, previamente a la fecha de efecto de la póliza y durante su vigencia y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que alteren los factores o circunstancias declaradas en el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección de la Póliza no la habría celebrado o la habría concluido en condiciones más gravosas.

4. El Tomador debe comunicar al Asegurador la contratación de cualquier otro seguro de accidentes referido al Asegurado de la presente Póliza.

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 cantidad alguna de la Suma Asegurada por este concepto –artículo 101 LCS–.

5. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio postal y/o electrónico, mediante comunicación fehaciente.

6. En caso de siniestro, comunicar al Asegurador su acaecimiento dentro del plazo máximo de **siete días**, así como toda la información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro tal como lo exige la Cláusula NOVENA.

7. Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, y si el incumplimiento se hiciera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro en aplicación del artículo 17 LCS.

8. Exclusivamente para el supuesto de gastos de asistencia sanitaria cubiertos por la presente Póliza, una vez atendidos los gastos del siniestro, el Asegurador queda subrogado, hasta ese importe, en los derechos y acciones que por razón del mismo correspondan al Asegurado frente a terceros responsables en los casos que proceda como establecen los artículos 43 y 82 LCS.

El Asegurado no debe perjudicar este derecho del Asegurador y será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no podrá ejecutar el derecho de subrogación en perjuicio del Asegurado.

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

intereses. Todo ello de acuerdo con las previsiones del artículo 43 LCS.

Cláusula decimoquinta: obligaciones del asegurador

1. El Asegurador se obliga al pago de la indemnización de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

La obligación del Asegurador surge a partir de la cuantía o número de días fijados como Franquicia en las Condiciones Particulares.

2. El Asegurador deberá 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 LCS y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

3. El Asegurador se obliga a preservar la absoluta confidencialidad de los datos a que pudiera tener acceso relacionados con las coberturas de la presente póliza y, como responsable del tratamiento informático de los mismos, a adoptar las medidas necesarias para garantizar su seguridad, evitando su alteración o pérdida, así como el acceso y el tratamiento no autorizados.

El Asegurador se compromete a mantener y a implementar los niveles de seguridad necesarios, teniendo en cuenta el estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos asociados.

Asimismo, el Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión o cancelación, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad, así como el resto de derechos, de acuerdo con el Reglamento UE 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

En todo caso, puesto que los datos personales y de salud son necesarios para el mantenimiento y cumplimiento de la Póliza de seguro, el ejercicio por el Tomador y/o Asegurado de los derechos de supresión o cancelación -excepto en caso de inexactitud-, limitación u oposición al tratamiento de datos se entenderá como oposición a la prórroga de la Póliza quedando ésta extinguida a su vencimiento. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento del ejercicio de los citados derechos en atención al ineludible plazo de preaviso previsto en la Cláusula DECIMOSEXTA.

En todo caso, una vez extinguida la póliza, a los datos se les dará el tratamiento previsto en el artículo 32 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

El Asegurador se reserva el derecho a modificar sin previo aviso su Política de Privacidad, de acuerdo con su propio criterio, motivado por un cambio legislativo, jurisprudencial o doctrinal de la Agencia Española de Protección de Datos.

De acuerdo con lo anterior, le sugerimos que revise nuestra Política de Privacidad periódicamente.

Cláusula decimosexta: perfección, efectos de la póliza y duración

1. La Póliza se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza por el Tomador y el Asegurador. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no surtirán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la Prima, o el primer recibo de prima fraccionada, salvo pacto contrario en las Condiciones Particulares.

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.

2. La duración de la Póliza es la establecida en las Condiciones Particulares donde se fija la fecha y hora de efectividad de las garantías, y las de su vencimiento. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, la Póliza vence el 31 de diciembre de cada año.

3. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, se entenderá prorrogado tácitamente la Póliza por el plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga de la Póliza mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, como mínimo, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

En todo caso la Póliza se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumple la edad de setenta años.

4. La voluntad de desistimiento unilateral expresada por parte del Tomador se entenderá como oposición a la prórroga de la Póliza con las consecuencias y fecha de efecto previstos en el apartado anterior.

5. En cualquier caso de oposición a la prórroga, el Tomador deberá seguir pagando al Asegurador la Prima hasta el vencimiento de la Póliza. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento de la efectiva oposición en atención al ineludible plazo de preaviso de un mes de antelación a la conclusión del período del seguro.

Cláusula decimoséptima: actualización de indemnizaciones y primas

Salvo que en las Condiciones Particulares se indique lo contrario, se conviene que en cada prórroga anual de la Póliza la Suma Asegurada se revisará en función de las variaciones del Índice General de Precios al Consumo, aplicándose la prima que corresponda basada en los correspondientes cálculos técnico-actuariales.

El Asegurador deberá comunicar al Tomador y/o Asegurado la Prima que regirá para el siguiente ejercicio con dos meses de antelación a la conclusión del período de vigencia del seguro en curso para que el Tomador pueda ejercer, en su caso el derecho de oposición a la renovación en los plazos previstos en el artículo 22 LCS.

Cláusula decimoctava: rescisión, resolución y extinción

A. RESCISIÓN

El Asegurador puede rescindir la Póliza de seguro en los supuestos siguientes:

- Por reserva o inexactitud culpable

En los casos de reserva o inexactitud del Tomador y/o Asegurado sobre el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo" que se le someta, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Cláusula DUODÉCIMA, 3 en relación con el artículo 10 LCS.

Las primas relativas al período en curso corresponden al Asegurador, salvo dolo o culpa grave por su parte.

- Por agravación de riesgo no comunicado

En los casos de agravación del riesgo en que el Tomador y/o Asegurado incumple su obligación de comunicación al Asegurador, que establece el artículo 11 LCS. En este supuesto el Asegurador seguirá el procedimiento de rescisión del artículo 12, párrafo segundo LCS.

- Por agravación de riesgo comunicado

En el caso de agravación de riesgo declarado, y propuesta la modificación de la Póliza por el Asegurador, el Tomador y/o Asegurado la rechaza o guarda silencio; la rescisión se ejecutará según el procedimiento y plazos establecidos en el artículo 12, párrafo primero LCS.

B. RESOLUCIÓN

La Póliza se puede resolver a iniciativa de la parte indicada en cada uno de los supuestos siguientes:

- Por el Asegurador

En el caso de que el primer recibo de Prima fraccionada no haya sido atendido a su vencimiento de acuerdo con el artículo 15 LCS. En este supuesto, si se produce un siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

- Por el Tomador

En el supuesto de haber comunicado al Asegurador una disminución esencial de las circunstancias del riesgo y no se produjera al finalizar el período una reducción de la Prima.

En este supuesto corresponderá al Tomador la diferencia de Prima de acuerdo con el artículo 13 LCS.

- Excepcional del artículo 83, a) LCS

El Tomador podrá resolver unilateralmente la Póliza dentro de los **treinta días** siguientes a la recepción de la Póliza, mediante comunicación al Asegurador, por escrito o en cualquier otro soporte duradero.

El Tomador no está obligado a indicar motivo alguno para la resolución.

Dicha resolución no tiene penalización y el Asegurador se obliga a devolver la prima pagada, deducida la parte proporcional al período de tiempo que la Póliza hubiere estado vigente, todo ello de acuerdo con la regulación establecida por el artículo 83, a) LCS.

C. EXTINCIÓN

-Por oposición a la prórroga

La Póliza se extingue en la fecha de vencimiento de la Póliza en los supuestos de oposición a la prórroga por cualquiera de las partes y, en especial, los previstos en la Cláusula DECIMOQUINTA, 3 o DECIMOSEXTA.

-Por siniestro

Si durante la vigencia de la Póliza de seguro se produjera la Muerte o la Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado, desde ese momento quedará extinguida la Póliza de seguro y el Asegurador después de satisfecha la indemnización tiene derecho a hacer suya la parte de la prima no consumida de la anualidad en curso.

- Por no reclamación de prima impagada

En el supuesto de falta de pago de cualquier fracción de Prima que no sea la primera, la Póliza se extinguirá a los seis meses del vencimiento de la prima si el Asegurador no reclama su pago, de acuerdo con el artículo 15 LCS.

Cláusula decimonovena: pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la indemnización:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el "Cuestionario sobre circunstancias de riesgo", si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurado – artículo 10 LCS–.
2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunica al Asegurador y actúa de mala fe –artículo 12 LCS–.
3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario–artículo 15 LCS–.
4. Si el siniestro sobreviene mientras la Póliza esté en suspenso por falta de pago de las Primas sucesivas –artículo 15 LCS–.
5. Si el Tomador y/o Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave –artículo 16 LCS–.
6. Si el Asegurado y/o Tomador incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de engañar o perjudicar al Asegurador – artículo 17 LCS–.
7. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado –artículo 19 LCS–.
8. Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente –artículo 102 LCS–.
9. Si el Beneficiario causa dolosamente el siniestro quedará nula la designación a su favor. La indemnización corresponderá al Tomador o a sus herederos en su caso – artículo 102 LCS–.
10. La Póliza será nula, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o ya hubiere ocurrido el siniestro –artículo 4 LCS–.

Cláusula vigésima: prescripción

Las acciones derivadas de la Póliza prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse –artículo 23 LCS–.

Cláusula vigesimoprimer: comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador efectuadas por el Tomador y/o Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador y/o Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador y/o Asegurado, de acuerdo con el artículo 21 LCS.

Las comunicaciones del Tomador al agente de seguros que distribuya la Póliza tendrán el mismo efecto que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador y/o Asegurado se realizarán en el último domicilio postal y/o electrónico comunicado al Asegurador.

La Póliza, incluido sus Anexos o Suplementos, así como sus modificaciones deberán ser formalizados por escrito, de acuerdo con el artículo 5 LCS, en papel o en otro soporte duradero que permita guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios la Póliza o la información.

Cláusula vigesimosegunda: jurisdicción

Los conflictos que puedan surgir entre el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario con el Asegurador se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la Póliza de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario, según disposición del artículo 24 LCS.

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 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 tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior 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 manifestamente 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 de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

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.

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

2. 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Descripción de riesgos profesionales

CLASIFICACIÓN I

Para profesiones sin trabajo manual, o con trabajo manual mínimo y sin peligro, sin utilización de motocicleta y con desplazamientos profesionales que en promedio no excedan de dos por semana.

- Abogados.
- Administrativos en general.
- Agentes de Seguros.
- Anticuarios.
- Artistas (bellas artes, pintores, etc., sin empleo en andamios).
- Asistentes sociales.
- Azafatas ferias y congresos.
- Conserjes.
- Dibujantes, delineantes.
- Directores de personal.
- Eclesiásticos.
- Economistas.
- Intérpretes.
- Ingenieros, peritos y maestros industriales.
- Inspectores (de Hacienda, Timbres, etc.).
- Maestros.

- Magistrados.
- Modistos.
- Músicos.
- Notarios.
- Procuradores.
- Profesores (en curso, canto, baile, música).
- Redactores.
- Relojeros.
- Sastres.
- Secretarios Ayuntamiento.
- Telegrafistas.

CLASIFICACIÓN II

Para profesiones con trabajo manual continuo y no peligroso, sin empleo de herramientas y máquinas, o profesiones correspondientes a la Clasificación I utilizando motocicleta, o realizando más de dos desplazamientos profesionales por semana.

- Agentes de aduanas.
- Amas de casa.
- Arquitectos y aparejadores (con vista y acceso a las obras).
- Camareros.
- Carteros.
- Cobradores.
- Comerciantes.
- Decoradores (sin andamios).
- Electricistas (instaladores a domicilio).
- Empapeladores.
- Encuadernadores.
- Escultores.
- Farmacéuticos.
- Fondistas.
- Fotógrafos.
- Inspectores de seguros.
- Gerentes y directores comerciales.
- Guardias Urbanos (a pie, dirigiendo el tráfico).
- Laboratorios (químico farmacéuticos).
- Litógrafos.
- Médicos.
- Maestros de escuelas profesionales.
- Profesor (Esgrima, Natación, Equitación, Gimnasia, Química).
- Panaderos.
- Peluqueros.
- Pequeños industriales (dueños, jefes, etc.).
- Practicantes (sanidad).
- Profesores de autoescuela.
- Representantes y comisionistas.
- Teatros (actores, actrices, bailarinas, directores, coreógrafos, etc.).
- Topógrafos.
- Veterinarios.
- Zapateros.

CLASIFICACIÓN III

Para profesiones con trabajo manual con riesgo físico o peligroso, o en los que se utilicen herramientas o pequeñas máquinas.

- Agricultores (sin empleo de maquinaria agrícola y de tractor).
- Afiladores Vaciadores.
- Ajustadores.
- Alfareros.
- Antenistas caleros.
- Calefactores.
- Cerámicas (fabricantes de).
- Cinceladores.
- Chóferes.
- Cocineros.
- Curtidores.
- Decoradores (con empleo de andamios).
- Detergentes (fábrica de).
- Embutidos (con máquinas y matanza).
- Freidurías.
- Fresadores.
- Impresores.
- Jabón (fabricantes de).
- Jefes de tren, Interventores y Maquinistas.
- Marmolistas.
- Militares.
- Mecánicos.
- Rótulos (pintura y colocación).
- Soldadores.
- Tallistas (de madera).
- Taxistas.

- Tejedores.
- Vidrieros (colocación).

CLASIFICACIÓN IV

Para profesiones que empleen fundamentalmente trabajo manual, con empleo de maquinaria, y que revistan riesgos físicos.

- Agricultores (con empleo maquinaria agrícola y con uso de tractor).
- Albañiles.
- Carpinteros.
- Cererías (fabricantes de).
- Cerrajeros.
- Chóferes (de camión y autocar).
- Construcción y canteras.
- Ebanistas.
- Estucadores.
- Fontaneros.
- Forjadores.
- Fraguas (altos hornos).
- Marineros de altura.
- Mineros (sin bajada a la mina).
- Montadores maquinaria.
- Pintores y Escultores (en edificios y que empleen andamios).
- Plomeros (fundiciones).
- Químicos.
- Toneleros (fábricas de).
- Vidrieros (fábricas de).
- Yeseros.

CLASIFICACIÓN V

Cualquier profesión, no reseñada en esta relación, que no sea comparable por analogía con las clasificaciones anteriores.