

Seguro Cajamar Accidentes Flexible

Condiciones Generales



Seguro Cajamar Accidentes Flexible

Condiciones Generales

(CMF-7.16)

Índice

Cláusula Informativa	2
Preliminar	4
Denominaciones	4
Objeto del seguro	4
Artículo 1º. Duración del Seguro	9
Artículo 2º. Ámbito territorial	10
Artículo 3º. Personas no asegurables	11
Artículo 4º. Riesgos cubiertos	11
Artículo 5º. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas	44
Artículo 6º. Comunicaciones entre las partes	45
Artículo 7º. Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	46

► Cláusula Informativa

La presente información es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 122 y siguientes del RD 1060/2015 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora, en la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre, publicada en el B.O.E. el 17 de octubre y en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.

Entidad Aseguradora: CAJAMAR SEGUROS GENERALES SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante podrá ser identificada como CAJAMAR SEGUROS GENERALES), con domicilio social en Almería, Plaza de Juan del Águila Molina nº 5, 04006 Almería, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Almería, Tomo 1290, Libro 0, Folio 78, Hoja AL-31395 y CIF A04653556.

A todos los efectos de este Contrato, especialmente para la práctica de las comunicaciones y notificaciones que le sean hechas, el domicilio designado por Cajamar Seguros Generales es su Oficina Central sita en C/ Orense nº 2, 3ª planta, 28020, Madrid, España.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora.

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias.

Cajamar Seguros Generales pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores. La reclamación deberá formalizarse por escrito, y en la misma deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

El escrito deberá dirigirse a la siguiente dirección:

Servicio de Atención al Cliente de Cajamar Seguros Generales
Calle Orense, nº 2
28020 Madrid
cajamarsegurosgenerales@cajamarsegurosgenerales.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de su página web o en sus oficinas, cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44
28046- MADRID

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro.

El Contrato de Seguro se regirá la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre), y en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por la normativa que la desarrolle, modifique o complemente, y por lo dispuesto en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, así como en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

▶ Preliminar

Toda mención que se efectúe en la Póliza a una denominación concreta remitirá ésta a la definición que se haga en el lugar oportuno de las presentes Condiciones Generales, significando siempre lo mismo.

▶ Denominaciones

En esta Póliza se entiende por:

Accidente: lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca la Hospitalización o Convalecencia, la Invalidez Permanente o el Fallecimiento del mismo. **No se consideran Accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, ni las consecuencias de influencias puramente psíquicas. Tampoco se consideran Accidentes aquellos supuestos que expresamente quedan excluidos de cobertura, de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza.**

Asegurado: Cada una de las personas físicas sobre cuya vida o integridad corporal se ha contratado el Seguro. Puede, si lo desea, sustituir al Tomador en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato en caso de siniestro.

Siniestro: Supuesto en que se produce un Accidente cubierto por la póliza, conforme a las Garantías específicamente relacionadas en las Condiciones Particulares de la misma.

Centro Médico Concertado: Establecimiento habilitado para el tratamiento y eventual curación de personas accidentadas, que disponga de la autorización legal correspondiente y se encuentre incluido en la lista de Centros Médicos Concertados que la compañía pone a su disposición en cualquiera de las oficinas de la Entidad Financiera o en su página web.

▶ Objeto del seguro

Accidentes cubiertos

La Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en las Condiciones Particulares de la póliza, es decir, las recogidas en las coberturas que figuren contratadas en las mismas, cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un Accidente cubierto por el Seguro.

Se cubren los Accidentes ocurridos en cualquier lugar y por cualquier causa, tanto durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas como durante cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional, con los límites y excepciones que figuran en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

En particular, se consideran Accidentes, a efectos del presente Seguro, las lesiones sufridas como consecuencia de las siguientes situaciones:

1. Los envenenamientos, **salvo los ocurridos por la ingestión de productos alimenticios en mal estado o por abuso de productos alcohólicos, estupefacientes o alucinógenos**, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos.
2. Por la caída del rayo, insolaciones y congelaciones, así como los efectos de una exposición prolongada al calor y al frío, a las que el Asegurado no haya podido sustraerse por causa de Accidente amparado por la póliza.
3. La asfixia por inmersión, aún realizando inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma, **hasta 20 metros de profundidad**.
4. La práctica de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos **si son motivados directamente por un Accidente cubierto por la póliza**, si se determina la existencia de responsabilidad civil o penal del facultativo que las haya practicado o prescrito y **siempre que dicha responsabilidad sea fijada por resolución judicial firme**.
5. Las agresiones, tumultos populares y los actos de legítima defensa **siempre que no sean provocados por el Asegurado o participe en ellos activamente**.
6. Los actos realizados por deber de solidaridad humana.
7. Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, **que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos**.
8. Las mordeduras de todo tipo de animales y picaduras de insectos.
9. Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, **salvo los citados en el punto 4 del siguiente apartado Accidentes no cubiertos, si no se ha abonado la correspondiente sobreprima**.

10. Las lesiones producidas ocupando o conduciendo motocicletas de cualquier cilindrada, **salvo si no se ha declarado y procedido a abonar la correspondiente sobreprima.**
11. Las lesiones que sufran los Asegurados menores de 14 años de edad a consecuencia de riñas y peleas.
12. Para los Asegurados menores de 14 años de edad, y en las prestaciones de Invalidez Permanente y Gastos de Sepelio, también se considerarán Accidentes las siguientes enfermedades: poliomielitis, difteria, escarlatina, sarampión, viruela, meningitis cerebroespinales, encefalitis y tétanos, siempre que la enfermedad se diagnostique después de 15 días de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. **Esta ampliación no tendrá aplicación en aquellos Seguros cuya cobertura no abarque las 24 horas del día.**
13. Los desgarros y distensiones musculares o de tendones consecuencia de un esfuerzo súbito.

Accidentes no cubiertos

Además de las exclusiones que figuran en las Condiciones Generales de cada una de las Garantías que ofrece este Seguro, quedan expresamente excluidas de la cobertura del mismo, de forma general, los accidentes y/o lesiones que se produzcan o sean consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Mala fe del Asegurado, autolesiones, suicidio o su tentativa.
2. Actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
3. Los Accidentes ocurridos en estado de embriaguez alcohólica (a partir de los niveles oficiales que en cada momento supongan la imposibilidad de conducir), intoxicación, enajenación mental, uso de drogas, así como por acciones delictivas propias.
4. Las lesiones como lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias y hernias de todas sus clases y consecuencias, aunque sean derivados de un accidente cubierto por la Póliza.

5. Los Accidentes debidos a hechos de guerra (haya o no declaración de guerra), terrorismo, insurrección, invasión, participación en tumultos populares, movimientos sísmicos, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de Paz, terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica caída de cuerpos siderales y aerolitos, influencias térmicas y atmosféricas, salvo las previstas en el punto 2. del anterior apartado Accidentes cubiertos.
6. La radiación nuclear y la contaminación radioactiva.
7. Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, salvo que deriven de accidente cubierto por la póliza.
8. Enfermedades de cualquier naturaleza, incluido el Infarto de Miocardio, el Accidente Cerebrovascular, salvo su inclusión expresa en la póliza y cualquiera de las manifestaciones y consecuencias del S.I.D.A.
9. Los Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, aún cuando sus efectos pudieran manifestarse después.
10. Para las personas aquejadas de una miopía entre 8 y 12 dioptrías, quedan excluidos de cobertura los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina.
11. Los Accidentes de aviación sufridos por personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.
12. Los daños producidos por hechos o fenómenos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aún cuando dicha entidad no la admita por incumplimiento de las normas establecidas en su Reglamento y disposiciones vigentes en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como los daños calificados por el Gobierno de la nación como de “catástrofe o Calamidad Nacional”. La Compañía tampoco se hará cargo de las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, en razón de la aplicación de franquicias, detracciones o aplicación de reglas proporcionales u otras limitaciones aplicadas por dicha entidad.
13. Quedan asimismo excluidos de cobertura, salvo estipulación expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la sobreprima correspondiente, los accidentes derivados de los riesgos siguientes:

La práctica de escalada, espeleología, alpinismo, barranquismo,, paracaidismo, ascensiones en globo, pilotaje de aeronaves, ala delta, parapente, puenting, rafting, hidrospeed, motonáutica, navegación, esquí acuático, surf y sus modalidades, inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad, polo, rugby, hockey, boxeo, lucha, artes marciales, caza mayor, lidias o encierros de reses bravas, bobsleigh, hípica, doma, polo, conducción u ocupante de motocicletas o ciclomotores, así como la práctica de cualquier deporte realizada profesionalmente.

14. Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

Prestaciones en caso de siniestro

Para cobrar cualquier prestación garantizada en caso de siniestro, es necesario haberla contratado previamente, que no figure excluida en las Condiciones Particulares de la póliza, y que el Tomador haya satisfecho el recibo de prima correspondiente.

En todo caso, y en función de las Garantías contratadas, para el cobro de las prestaciones garantizadas se estará a lo indicado en las siguientes normas:

1. **Un mismo Accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de Fallecimiento y cualquier tipo de Invalidez Permanente (Total o Parcial).**

Si tras el pago de la prestación por cualquier tipo de Invalidez Permanente, el Asegurado falleciera como consecuencia del mismo Accidente, se pagaría únicamente la diferencia si la prestación prevista para caso de Fallecimiento fuera superior a la ya satisfecha.

2. **Un mismo Accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de Invalidez Permanente y para el caso de Invalidez Temporal. Si tras el pago de la prestación por Invalidez Temporal, el Asegurado quedara inválido Permanente, total o parcial, como consecuencia del mismo Accidente, se pagaría únicamente la diferencia si la prestación prevista para caso de Invalidez Permanente fuera superior a la ya satisfecha**
3. **El derecho a las prestaciones por Invalidez Permanente e Invalidez Temporal y Hospitalización y Convalecencia, son de carácter personal, exigibles mientras viva el Asegurado, y por tanto, no transmisibles a herederos.**

4. Un mismo accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de accidentes por Agresión y Circulación.

► Artículo 1º. Duración del Seguro

Inicio de la cobertura

El contrato de Seguro queda formalizado mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza por el Tomador/Asegurado y por el representante de la Compañía. Si un Asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El efecto del Seguro, y por tanto, la cobertura, se inicia en la fecha y hora que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que ésta haya sido firmada por las partes y el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Duración del Seguro

El Seguro se contrata con una **duración anual** a contar desde la fecha de efecto indicada en Condiciones Particulares de la póliza, **salvo estipulación en contrario** en las mismas.

A la expiración de dicho plazo, o del estipulado en Condiciones Particulares, el contrato quedará **tácitamente prorrogado** por un año, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes, Tomador y/o Compañía, se opusiera a su prórroga mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte, con un mínimo de dos meses de antelación a la finalización de la anualidad o el periodo de Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador y de dos meses cuando sea el Asegurador.

Si el Seguro se contrató inicialmente por un periodo inferior al año, no habrá lugar a prórroga, salvo pacto en contrario. **La prórroga tácita operará del modo indicado, salvo estipulación en contrario en Condiciones Particulares, hasta que finalice la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad**, causando éste entonces baja de la póliza automáticamente, y extinguiéndose el contrato, de no existir más Asegurados.

La cobertura del Seguro finaliza, para cada Asegurado, en las siguientes circunstancias:

1. **Por edad del Asegurado:** Al término de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla la edad señalada en las presentes Condiciones Generales para cada una de las Garantías contratadas.
2. **Por fallecimiento del Asegurado.**
3. **Por decisión unilateral de las partes:** Cuando el Tomador o la Compañía comuniquen su voluntad de darlo por terminado, antes de los 30 o 60 días de expiración de la anualidad en curso, respectivamente.
4. **Después de un siniestro:** Mediante comunicación escrita durante el mes posterior a la liquidación de un siniestro, ambas partes podrán rescindir el contrato con efecto no inferior a dos meses desde la comunicación y con derecho al extorno de la parte de prima satisfecha correspondiente al tiempo no transcurrido hasta el vencimiento de la anualidad o periodo de Seguro en curso.
5. **Por falta de pago de la prima:** En caso de que el Tomador deje de pagar una prima vencida, y la Compañía no la haya reclamado en el plazo de seis meses después del vencimiento de la misma, se entenderá que el contrato queda extinguido.
6. **Por nulidad de la póliza:** El Seguro será nulo si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

► **Artículo 2º. Ámbito territorial**

El Asegurado estará cubierto por la póliza siempre que mantenga su residencia habitual o domicilio en territorio español.

Se entiende que el Asegurado tiene su residencia habitual en territorio español si permanece en él más de 183 días dentro del año natural. Si el Asegurado traslada su residencia habitual al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad de Seguro correspondiente.

Para las Garantías de Fallecimiento, Invalidez Permanente y Asistencia Personal, el Seguro ofrece cobertura en todo el mundo.

Para el resto de Garantías, el Asegurado únicamente estará cubierto en el territorio de la Unión Europea y Estados Unidos de América.

La garantía de Invalidez Temporal empezará a ser indemnizable cuando, tras sufrir en territorio de la Unión Europea o Estados Unidos de América un Accidente cubierto por la póliza, el Asegurado regrese a España, debiendo permanecer en este país durante el período de convalecencia. No obstante, no será necesario el regreso a España en caso de hospitalización para que se pueda indemnizar por esta garantía.

▶ Artículo 3º. Personas no asegurables

En ningún caso podrán estar aseguradas por el presente Seguro:

- Las personas aquejadas de ceguera, sordera completa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, y en general, las que sufran una enfermedad grave o padezcan una minusvalía.
- Las personas mayores de 60 años en el momento de la contratación de la póliza.
- Los menores de 14 años de edad y los incapacitados en el riesgo de Fallecimiento, excepto para la cobertura de los gastos de sepelio e invalidez permanente.

▶ Artículo 4º. Riesgos cubiertos

Garantía primera: Fallecimiento por accidente

Fallecimiento por accidente

Definición de la cobertura

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha en que se produce un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado fallece a consecuencia directa del mismo, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital de Fallecimiento que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.

En el caso de que **los Asegurados sean menores de 23 años sin actividad laboral, esta cobertura garantizará únicamente los GASTOS DE SEPELIO, por el importe establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

Exclusiones

Además del fallecimiento como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), queda expresamente excluido de esta Garantía el fallecimiento derivado de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

No está cubierto el fallecimiento producido a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni el fallecimiento que tenga lugar una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

Duración de la cobertura

La cobertura de Fallecimiento por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Para los Asegurados menores de 23 años sin actividad laboral, la cobertura de Gastos de Sepelio concluirá al final de la anualidad de Seguro en que cumpla 23 años de edad, o en la fecha en que inicie el desempeño de una actividad laboral remunerada, si es anterior.

Beneficiarios de la prestación

Serán Beneficiarios las personas expresamente designadas por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza. A falta de designación expresa, serán Beneficiarios, en relación al Asegurado, exclusivamente y por este orden:

1º, Su cónyuge,

2º, Sus hijos,

3º, Sus padres,

4º, Sus herederos legales.

En los últimos tres casos, se entenderá que lo son por partes iguales.

La existencia de uno o más Beneficiarios en una categoría excluye a las categorías siguientes.

Servicio de gestión y asesoramiento a los Beneficiarios

En caso de Fallecimiento del Asegurado, la Compañía garantiza la prestación de un Servicio de Gestión y asesoramiento personalizado a los Beneficiarios, en el domicilio que estos indiquen, en orden a la tramitación de cuantos documentos y actuaciones deban realizarse con ocasión del fallecimiento del Asegurado.

Para solicitar el servicio, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Compañía e informar del siniestro ocurrido, indicando el domicilio donde desea le sea prestado el Servicio.

El Servicio incluye la atención personalizada a los Beneficiarios, la tramitación de documentos ante organismos oficiales, así como la recopilación y tramitación de la documentación necesaria para el cobro del Capital de Fallecimiento.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los Beneficiarios designados o, en su defecto, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Fallecimiento por Accidente, en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado y firmado por el/los Beneficiario/s.
- b) Certificado o informe del médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, donde se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento, así como los antecedentes médicos del Asegurado.
- c) Certificado de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil, así como certificación de la inscripción del nacimiento del mismo.
- d) Copia de atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- e) Documentación que acredite la condición e identidad de los Beneficiarios: Libro de Familia, D.N.I.
- f) Certificado del registro de actos de últimas voluntades.
- g) En su caso, copia del último testamento otorgado o declaración legal de herederos Ab Intestato, si los Beneficiarios resultan ser “los herederos legales”.
- h) Carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Anticipo para atender los gastos de sepelio

Mientras dure la tramitación del siniestro, la Compañía podrá satisfacer a los Beneficiarios designados en la póliza que lo soliciten, previa justificación del acaecimiento del Accidente y presentando una certificación médica oficial acreditativa del fallecimiento del Asegurado, un anticipo del Capital de Fallecimiento, por el importe indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, para afrontar los gastos inmediatos del sepelio. De resultar finalmente indebido este pago, por determinar posteriormente la no cobertura del siniestro los perceptores de dicho anticipo se obligan a restituir su importe a la Compañía.

Fallecimiento por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular

Siempre que haya sido expresamente contratada por el Tomador, y conste como incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, será objeto de cobertura por la presente Garantía el Fallecimiento del Asegurado producido por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular.

Se entiende por **Infarto de Miocardio**, a los efectos de esta Garantía, la oclusión de una o más de las arterias coronarias (necrosis isquémica del miocardio), que causa la muerte irreversible, total o parcial, del músculo cardíaco por la interrupción del aporte sanguíneo.

Se entiende por **Accidente Cerebrovascular**, a los efectos de esta Garantía, el cese repentino, total o parcial, de la función cerebral, infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneana.

Únicamente quedan cubiertos el Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular que sean la única e inmediata causa del fallecimiento del Asegurado, y siempre y cuando se desconozca la preexistencia de tales afecciones.

Un mismo Infarto o Accidente Cerebrovascular no pueden dar derecho a prestación para el caso de Invalidez Permanente y para el caso de Fallecimiento. Si tras el pago de una prestación de Invalidez Permanente por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, el Asegurado falleciera a consecuencia de tales situaciones, la Compañía pagará únicamente la diferencia entre ambas prestaciones, si la prevista para caso de fallecimiento fuera superior a la ya satisfecha por Invalidez Permanente.

Garantía segunda: Invalidez permanente por accidente

Invalidez permanente por accidente

Definición de la cobertura

Se entiende por Invalidez Permanente, a los efectos de esta Garantía, la situación de limitación anatómica o funcional permanente e irreversible del Asegurado sobrevenida a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza. La situación de Invalidez Permanente del Asegurado será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico, y siempre que las constantes vitales no sean mantenidas artificialmente.

Siempre y cuando el Asegurado haya seguido el tratamiento médico previsto para su curación y rehabilitación, en el supuesto de que transcurran 5 años desde la fecha del Accidente sin que la invalidez que sufra el Asegurado pueda calificarse de estable y definitiva, la Compañía pagará la indemnización de acuerdo con el grado de invalidez que tenga el Asegurado en el momento de cumplirse dicho plazo, al margen de la posibilidad de reversibilidad o agravación, y el pago en cuestión tendrá el carácter de total y definitivo, sean cuales fueren las consecuencias previstas o imprevistas de la invalidez valorada.

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda afectado de una Invalidez Permanente, a consecuencia directa de un Accidente

cubierto por la póliza, la Compañía abonará la prestación que, de acuerdo con los siguientes artículos, corresponda a su grado de Invalidez.

El Tomador podrá contratar la cobertura de **Invalidez Permanente Total o Parcial**, o **Invalidez Permanente Total** (sólo se recibe la prestación si el grado de invalidez es del 100 por cien), lo que quedará recogido en las Condiciones Particulares de la póliza.

A cada situación de limitación física permanente le corresponde un grado de invalidez, de acuerdo con el baremo. Asimismo, a cada grado de invalidez le corresponde un porcentaje determinado de prestación, pagadera en forma de capital, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

El grado de invalidez a efectos del presente Seguro no guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social.

Determinación del “grado de invalidez” para esta Garantía

La determinación del grado de invalidez se ajustará a las reglas siguientes:

- a) La inutilización absoluta del uso de un miembro u órgano se entenderá, a los efectos de esta garantía, equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo, salvo los supuestos de pérdida funcional previstos ya específicamente en el baremo del apartado siguiente.
- b) Los grados de invalidez se expresan en porcentajes y son los que se indican en el siguiente baremo:

Situación	Grado de Invalidez
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100%
Enajenación mental absoluta e incurable que impide cualquier trabajo:	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera Absoluta	100%

Situación	Grado de Invalidez	
	Derecho	Izquierdo
Pérdida completa de la visión de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	
Pérdida completa de la voz	30%	
Sordera completa de ambos oídos	60%	
Sordera completa de un oído	15%	
Pérdida del bazo	14%	
Pérdida del riñón	24%	
Pérdida de un pulmón	30%	
	Derecho	Izquierdo
Amputación del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida absoluta del movimiento del hombro	20%	20%
Pérdida absoluta del movimiento de la muñeca	20%	15%
Amputación o inutilización completa de todos los dedos de la mano	60%	50%
Amputación o inutilización completa del dedo pulgar de la mano	22%	18%
Amputación o inutilización completa del dedo índice de la mano	15%	12%
Amputación o inutilización completa de uno de los demás dedos de la mano	8%	6%
Amputación de la pierna a la altura o por encima de la rodilla	50%	
Amputación de la pierna por debajo de la rodilla	40%	
Pérdida absoluta del movimiento de una cadera	15%	

Situación	Grado de Invalidez
Pérdida absoluta del movimiento de una rodilla	15%
Pérdida absoluta del movimiento de un tobillo	15%
Acortamiento, de 5 o más centímetros, de una pierna	15%
Amputación o inutilización del dedo gordo de un pie	8%
Amputación o inutilización de los demás dedos de un pie	3%

- c) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o de su uso es sólo parcial, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.
- d) Si el Asegurado es zurdo, circunstancia que deberá acreditarse al contratar el Seguro, los grados de invalidez previstos en el apartado b) anterior para el miembro superior derecho se aplicarán a miembro superior izquierdo y viceversa.
- e) **Para las lesiones no previstas en el apartado b) anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía, en función de su gravedad, a los grados de invalidez asignados a las situaciones previstas, según informe médico de un especialista en valoración del daño corporal.**
- f) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional del Asegurado.
- g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo Accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, **sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100 %**. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional no puede ser valorada aplicando el baremo del apartado b) de este artículo más que una sola vez.
- h) **Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza.**

Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del Accidente.

A partir del informe médico presentado por el Asegurado, en donde se detallen las limitaciones anatómicas o funcionales consideradas como permanentes e indemnizables, producidas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza y no excluidas, la Compañía notificará por escrito al Asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por la garantía de Invalidez Permanente le corresponda.

No obstante, el Asegurado, a requerimiento de la Compañía, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes que sufra. En cualquier caso, en el plazo máximo de 15 días desde la práctica de dicha visita o reconocimiento médico, la Compañía deberá realizar la notificación indicada en el párrafo anterior.

Si el Asegurado no aceptase el ofrecimiento o la proposición realizada por la Compañía, ésta y el Asegurado se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

Implantación de Prótesis

Si como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, el Asegurado sufre una pérdida anatómica o funcional irreversible causante de una Invalidez Permanente cubierta por esta garantía, que requiera la implantación de una prótesis, la Compañía satisfará además del capital de Invalidez Permanente que corresponda, el importe de los gastos de implantación de la primera prótesis, **sin que dicho importe pueda exceder del 1% de la indemnización máxima asegurada para caso de Invalidez Permanente, y hasta un máximo de 3.000 €.**

Duración de la cobertura

La cobertura de Invalidez Permanente por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

En el caso de que el Asegurado sea menor de 23 años y sin actividad laboral, la cobertura de esta Garantía concluirá al final de la anualidad de seguro en que cumpla 23 años, o en la fecha en que inicie el desempeño de una actividad laboral remunerada, si es anterior. La prestación de esta garantía se extinguirá en el momento en que el beneficiario se recupere de su Invalidez.

Exclusiones

Además de la Invalidez Permanente como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), queda expresamente excluida de esta garantía la Invalidez Permanente derivada de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo se cubren cuando sean consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso provocadas por un Accidente cubierto por la póliza.

Igualmente, las hernias de cualquier tipo y naturaleza quedarán cubiertas siempre que se establezca relación directa con un Accidente garantizado. Si la hernia no es operable, la misma no podrá ser considerada con un grado de Invalidez Permanente superior al 15 %.

No está cubierta la Invalidez Permanente que resulte a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni la que afecte al Asegurado una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

El Beneficiario, o personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes - Invalidez Permanente, según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.

- d) Si el beneficiario fuera distinto del Tomador, deberá acreditar su personalidad, y aportar carta de pago o, en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.

Invalidez permanente por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular

Siempre que haya sido expresamente contratada por el Tomador, y conste como incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, será objeto de cobertura por la presente Garantía la Invalidez Permanente Total del Asegurado producido por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular.

Se entiende por **Infarto de Miocardio**, a los efectos de esta Garantía, la oclusión de una o más de las arterias coronarias (necrosis isquémica del miocardio), que causa la muerte irreversible, total o parcial, del músculo cardíaco por la interrupción del aporte sanguíneo.

Se entiende por **Accidente Cerebrovascular**, a los efectos de esta Garantía, el cese repentino, total o parcial, de la función cerebral, infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneana.

Únicamente quedan cubiertos el Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular que sean la única e inmediata causa de la invalidez permanente total del Asegurado, y siempre y cuando se desconozca la preexistencia de tales afecciones. Solo da derecho a esta prestación la Invalidez Permanente Total, quedando excluidas de cobertura las Invalideces Permanentes Parciales.

Esta cobertura se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del seguro en que cumpla 70 años de edad.

Gran Invalidez

Siempre que haya sido expresamente contratada por el Tomador, y conste como incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, será objeto de cobertura por la presente Garantía la Gran Invalidez del Asegurado, y la compañía indemnizará al Asegurado con un 100 por ciento adicional del capital de Invalidez Permanente contratado.

Se entiende por **Gran Invalidez** la situación física y/o psíquica irreversible, determinante de la ineptitud total del Asegurado para el normal desenvolvimiento por sí solo de determinados actos de la vida cotidiana, necesitando ayuda permanente de una tercera persona para la realización de los mismos, como consecuencia de las pérdidas anatómicas o funcionales provocadas por accidente y originadas independientemente de la voluntad del Asegurado.

Los actos de la vida cotidiana que sirven para determinar el grado de Gran Invalidez son los siguientes:

- levantarse y acostarse
- vestirse y desvestirse
- lavarse, peinarse y afeitarse
- comer y beber
- defecar
- orinar

Generará derecho al cobro de la prestación asegurada por la presente Garantía la total ineptitud del Asegurado para realizar como mínimo tres de los seis actos descritos.

Garantía Tercera: Invalidez Temporal por Accidente

Invalidez Temporal por accidente

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza el Asegurado quede afectado por una Invalidez Temporal, la Compañía pagará, en forma de capital, la indemnización diaria establecida en las Condiciones particulares de la póliza, **por el periodo de duración de la situación de invalidez hasta un plazo máximo de 12 meses.**

Se entenderá que se produce una **Invalidez Temporal**, a efectos de esta garantía, cuando el Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, **quede totalmente incapacitado, de forma temporal, para el ejercicio de su profesión habitual.**

En caso de que carezca de ocupación profesional, se entenderá que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Temporal mientras esté obligado, por prescripción médica, a permanecer en su domicilio durante toda la jornada. En este último caso, el periodo de invalidez temporal indemnizable por la compañía se considerará finalizado cuando el Asegurado pueda, según criterio médico, efectuar salidas de su domicilio, exceptuándose de estas normas las visitas médicas.

Las eventuales situaciones de invalidez temporal parcial no darán lugar a indemnización alguna.

El Asegurado deberá acreditar la situación de invalidez temporal a través de informe médico.

La Compañía estará autorizada a verificar la situación de invalidez temporal del Asegurado a través de sus servicios médicos, mediante la práctica de visitas o reconocimientos necesarios.

Esta cobertura se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del seguro en que cumpla 70 años de edad.

Periodo máximo indemnizable

En todo caso, la duración máxima del periodo indemnizable por esta Garantía, con o sin solución de continuidad, será de 12 meses.

Sin perjuicio de dicha duración máxima, el periodo indemnizable por la presente garantía se prolongará hasta:

- que finalice la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su actividad laboral o profesional habitual,
- que pueda determinarse médicamente que las pérdidas anatómicas o funcionales que sufre el Asegurado son permanentes,
- o cuando el Asegurado cumpla 70 años de edad.

La presente Garantía ofrece dos modalidades de contratación:

a) Modalidad con franquicia:

La Compañía pagará una indemnización diaria al Asegurado, **devengada desde la fecha de finalización del periodo de franquicia establecido en Condiciones Particulares**, siempre que el Asegurado permaneciera en situación de Invalidez Temporal, y por el tiempo que permanezca incapacitado totalmente para el ejercicio de su profesión a consecuencia de accidente cubierto por la póliza.

La comunicación del siniestro a la Compañía debe realizarse en el plazo máximo de 7 días desde la fecha de la ocurrencia del accidente.

Si la comunicación del siniestro se efectuara después de transcurrido el plazo de franquicia establecido en la póliza, el periodo indemnizable empezará a computar desde la fecha de la comunicación en los casos permitidos por el art. 16 de la LCS, salvo en caso de ingreso hospitalario del Asegurado.

b) Modalidad de bajas superiores a 15 días:

La Compañía pagará una indemnización diaria al Asegurado, devengada desde el primer día en que, a resultas de un Accidente cubierto por la póliza, el Asegurado quede incapacitado totalmente para el desarrollo de su actividad profesional, **siempre que la situación de invalidez temporal supere los 15 días.**

Si la invalidez temporal no alcanza este plazo, no se devengará derecho a indemnización.

La comunicación del siniestro a la Compañía debe realizarse en el plazo máximo de 7 días desde la fecha de la ocurrencia del accidente. Pasado dicho plazo, el periodo indemnizable empezará a computar desde el día de la declaración, salvo en caso de ingreso hospitalario del Asegurado.

Cobro de la prestación

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe de alta médica, o, en su defecto, desde la práctica de la visita o reconocimiento de los servicios médicos de la Compañía.

No obstante, la Compañía podrá, a petición del Asegurado, realizar pagos a cuenta a partir del decimoquinto día de iniciado el periodo de derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación acreditativa del accidente, y del curso de la invalidez temporal, o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

Documentación a aportar para el cobro de la prestación

El Asegurado deberá presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales temporales que padece, si le impiden desarrollar su actividad profesional, y si debe guardar reposo absoluto.

- Fecha de inicio del tratamiento, en su caso, así como cualquier otro dato relevante que considere el Asegurado o el facultativo.
 - Fecha probable de recuperación y días previstos de baja.
 - En caso de que se prevean secuelas permanentes, descripción y fecha probable de estabilización de las mismas.
- c) Parte médico de baja y partes semanales de seguimiento de la baja.
- d) Parte de alta médica o, en su defecto, documento acreditativo firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta médica del Asegurado.

Garantía Cuarta: Asistencia Sanitaria por Accidente

Asistencia Sanitaria por Accidente

Por la presente garantía la Compañía asegura el pago de los gastos de asistencia médica, farmacéutica, de hospitalización, tratamientos y rehabilitación que precise el Asegurado a consecuencia directa de un Accidente cubierto por la póliza, durante el plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo, sin límite de importe, **siempre y cuando la asistencia sea prestada por los Centros Médicos o Facultativos Concertados por la Compañía, y limitada al importe indicado en las Condiciones particulares para el resto de países de la Unión Europea y Estados Unidos de América.**

También quedan cubiertos los gastos de traslado, en las condiciones y con los límites que se indican en las presentes Condiciones Generales.

En el caso de que haya contratado una franquicia y así conste en Condiciones Particulares de la póliza, serán a cargo del Tomador los primeros gastos de asistencia sanitaria hasta el importe de aquella.

Si el Asegurado es atendido por Facultativos o Centros Médicos de fuera de España o no Concertados por la compañía, ésta sólo responderá, por cada Asegurado y por cada Accidente, hasta los importes o límites máximos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado en cada siniestro deberá elegir entre la asistencia en Centros Médicos o Facultativos Concertados y no Concertados siendo ambas opciones incompatibles entre sí.

Los límites indicados serán aplicables también cuando el asegurado fuese tratado en un principio por un Centro Médico o Facultativo de fuera de España o no concertado, y posteriormente en otro u otros no concertados.

Si el Accidente se hubiera producido fuera de España, los gastos allí incurridos serán computados en moneda española, al cambio oficial de la fecha del Accidente.

Aún en el caso de que no se haya contratado la revalorización automática de los capitales y primas de la póliza, tanto los límites máximos de cobertura en centros no concertados como las primas, se revalorizarán anualmente según el Índice de precios al Consumo.

La cobertura se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años.

Gastos de traslado

La Compañía cubre los gastos de traslado del Asegurado hasta el centro hospitalario más cercano, inmediatamente después de haber sufrido el Accidente y que sean de necesidad absoluta para su salud, **hasta la cantidad máxima por siniestro indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.**

El traslado en ambulancia, aun cuando no sea realizado inmediatamente después del Accidente, pero sea necesario por prescripción médica, queda cubierto por la póliza.

No quedan cubiertos los gastos de locomoción en que incurra el Asegurado por presentarse a los facultativos durante el periodo de curación, salvo que el Asegurado se vea obligado a ser asistido en un centro médico especializado en población distinta a la de su residencia habitual por no existir ninguno en el lugar de su domicilio.

Gastos de prótesis

Se cubren los gastos debidos a las primeras prótesis dentarias, aparatos acústicos, ortopédicos, gafas y lentes de contacto que sean indispensables a consecuencia de Accidente cubierto por la póliza y no lo fueran con anterioridad al mismo, **hasta el importe máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, por todos estos conceptos y por siniestro.**

Cobro de la prestación

Una vez presentada la documentación justificativa que se indica en el apartado siguiente, y a medida que se vayan generando los gastos cubiertos, la Compañía abonará el importe correspondiente en el plazo máximo del quince días.

La compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los Beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar el alcance de la asistencia sanitaria que ha precisado o precisará el Asegurado.
- c) Facturas originales normalizadas de los gastos médicos, farmacéuticos, de hospitalización, etc. Que hubiera satisfecho el Asegurado como consecuencia de la Asistencia Sanitaria recibida a causa de un Accidente cubierto por la póliza.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.

Garantía Quinta: Hospitalización y Convalecencia Domiciliaria por Accidente

Hospitalización y convalecencia domiciliaria por accidente

Definición de la cobertura

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, **el Asegurado deba ser hospitalizado en un centro sanitario, la Compañía satisfará, en forma de Capital, la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares de la póliza.**

Asimismo, en caso de convalecencia domiciliaria o en centro especializado, por prescripción médica, inmediatamente posterior a la salida del centro sanitario donde ha estado hospitalizado, la Compañía satisfará, en forma de capital, otra indemnización diaria por importe igual a la mitad de la indemnización diaria percibida durante el período de hospitalización.

La indemnización máxima por asegurado y siniestro quedará establecida en las Condiciones Particulares de la póliza. Todas estas prestaciones son compatibles con cualquier otra, y garantizan el pago en metálico de la indemnización diaria establecida.

Inicio del derecho a percibir la indemnización por Hospitalización

El derecho a la indemnización diaria se iniciará a partir del primer día de internamiento hospitalario, **siempre que dicho internamiento supere las 24 horas**, y terminará en la fecha en que el Asegurado cause alta en el establecimiento asistencial.

El importe de la indemnización diaria por la garantía de hospitalización será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

En todo caso, el importe total de la indemnización por hospitalización y, en su caso, convalecencia, a percibir por Asegurado y siniestro, no podrá exceder del límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los internamientos inferiores a 24 horas no darán derecho al cobro de la indemnización, en ningún caso.

El Asegurado deberá acreditar su ingreso e internamiento en centro sanitario a través de informe médico.

La Compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía podrá, a petición del Asegurado, realizar pagos a cuenta a partir del decimoquinto día desde el inicio del periodo con derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

El traslado del Asegurado a otro centro hospitalario o a un centro especializado, bien por considerarse su situación no mejorable desde el punto de vista médico, o bien para iniciar de manera programada su recuperación o rehabilitación, supondrá el final del periodo indemnizatorio por hospitalización.

Inicio del derecho a percibir la indemnización por Convalecencia Domiciliaria o en centro especializado

Se entenderá por Convalecencia Domiciliaria el período inmediatamente posterior al de hospitalización, una vez finalizada la fase aguda de la afección, enfermedad o traumatismo que afecta al paciente, que por prescripción médica obliga a éste a permanecer en su domicilio o en un centro especializado hasta su total recuperación o retorno al estado físico, psíquico y socio profesional más próximo posible al anterior.

Finalizado el período de hospitalización, si el Asegurado debiera proseguir, por prescripción médica, la convalecencia en su domicilio o en un centro especializado, la Compañía pagará **el 50% de la indemnización diaria pactada para el caso de hospitalización y mientras dure tal situación.**

El importe total de la indemnización por hospitalización y convalecencia a percibir por Asegurado y siniestro, no podrá exceder del límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Es condición necesaria para el inicio del período de convalecencia indemnizable la existencia de un período previo de hospitalización indemnizable.

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía, a petición del Asegurado, realizará pagos a cuenta a partir del decimoquinto día de iniciado el periodo de derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

Exclusiones

Además de las hospitalizaciones como consecuencia de los Accidentes no cubiertos del apartado Objeto del Seguro, no tendrán carácter indemnizatorio los internamientos en centros sanitarios como consecuencia de: **epidemias, embriaguez, toxicomanías, enfermedades mentales y nerviosas, curas de adelgazamiento, tratamientos de belleza y aquellos motivados por fines estéticos.**

Extinción de la cobertura de esta Garantía

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que aquél cumpla los 70 años.

Finalizará la Hospitalización en la fecha de expedición del correspondiente parte de alta, por prescripción médica del Centro Hospitalario o Centro Especializado en que se hallara el Asegurado.

El período de Convalecencia finalizará cuando, según criterio médico, la persona afectada pueda realizar una vida normalizada dentro de su entorno físico, psíquico y socioprofesional habitual.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los Beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes - Hospitalización y Convalecencia según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Nombre y dirección del Centro hospitalario donde ha sido ingresado el Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización o ingreso del Asegurado en el centro sanitario.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
 - En caso de que se prevean secuelas permanentes, descripción y fecha probable de estabilización de las mismas.

- c) Deberá incluirse el informe médico correspondiente, incluyendo el diagnóstico, las pruebas de diagnóstico complementarias realizadas que lo justifiquen y el tratamiento indicado.
- d) Parte de alta médica del centro hospitalario y, en su caso, documento acreditativo firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración del internamiento, incluyendo el día y hora del alta del Asegurado. En caso de convalecencia por prescripción médica, días previstos de la misma.
- e) En su caso, informe médico indicando la fecha de finalización del periodo de convalecencia.
- f) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.

Garantía Sexta: Asistencia Personal por Accidente

Asistencia Personal por Accidente

Definición de la cobertura

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado debiera permanecer un mínimo de 24 horas hospitalizado, se garantizarán, en las condiciones y con los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza, las coberturas siguientes:

1. Gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo.

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido en población distinta a la de su domicilio, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte o repatriación hasta el lugar de inhumación, así como de los gastos de acondicionamiento del cadáver imprescindibles para su transporte, hasta la cantidad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el caso de que los familiares que acompañaban al Asegurado en el momento de su defunción no pudieran regresar a su domicilio por los medios inicialmente previstos, o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o a su domicilio.

Si los familiares a los que se refiere el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años, o familiares mayores de 70 años del Asegurado fallecido, y precisaran la asistencia de un familiar o persona de confianza que les acompañe en el viaje de regreso, la Compañía se hará cargo de los gastos de desplazamiento de esa persona al lugar del accidente,

y su regreso con los familiares del Asegurado hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio. Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

2. Gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado.

La Compañía cubrirá los gastos de estancia en el hospital de un acompañante del Asegurado accidentado, siempre que el período de hospitalización supere las 24 horas y previa justificación del desembolso efectuado. En caso de que al acompañante no le fuera permitida la estancia en el hospital, se pagarán los gastos de alojamiento de éste en un hotel, siempre y cuando el accidente haya ocurrido en población distinta a la del domicilio del Asegurado y no sea posible su traslado. Los gastos de estancia se cubren desde el primer día, siendo los importes máximos por siniestro los previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Gastos de salvamento del Asegurado accidentado.

La Compañía cubrirá los gastos que deba soportar el Asegurado por las operaciones de salvamento o de búsqueda que se lleven a cabo a consecuencia del Accidente, hasta la cantidad máxima por siniestro prevista en las Condiciones Particulares. Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

4. Servicio de Personal de Limpieza a domicilio.

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período, por un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Personal de Limpieza para atender las necesidades de limpieza y orden en el domicilio habitual del Asegurado, durante 3 horas diarias, con un máximo de 8 días, y hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**

5. Servicio de Profesionales Sanitarios a domicilio

Si tras la hospitalización del Asegurado un mínimo de 24 horas, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar los servicios de un Profesional Sanitario (enfermera) que asista al Asegurado en su domicilio habitual, hasta un máximo de 8 horas diarias, durante un período de tiempo no superior a los 8 días, y por el importe máximo previsto en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**

6. Servicio de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendientes mayores de 70 años con dependencia del Asegurado para actos de la vida cotidiana.

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período por un Accidente cubierto por la póliza, y cuando por razón de la hospitalización o convalecencia quedaran desatendidos sus hijos menores de 10 años y/o minusválidos, o ascendientes mayores de 70 años que dependan del Asegurado para los actos de la vida cotidiana, la Compañía se hará cargo de facilitar el servicio una persona especializada que atienda a los mismos durante 5 horas diarias, con un máximo de 8 días, hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

7. Servicio de Farmacia de Guardia

Si tras la hospitalización del Asegurado, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio nocturno (de 20 h a 8 h) de búsqueda y entrega urgente en el domicilio de Asegurado de las medicinas necesarias prescritas con receta médica.

La Compañía asumirá únicamente el coste del envío, siendo el coste de los medicamentos a cargo del Asegurado. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

8. Gastos de Asistencia Veterinaria en caso de Accidente del Animal Doméstico del Asegurado.

En caso de Accidente de animal doméstico, únicamente perros y gatos, del Asegurado, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Asistencia Veterinaria necesario para la curación del animal, con el límite previsto en las Condiciones Particulares. Para esta cobertura no se exigirá hospitalización del Asegurado. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

9. Servicio de Asesoramiento Jurídico

El Asegurado dispone de un Servicio de Asesoramiento Jurídico sobre cualquier asunto relacionado con el Derecho de Sucesiones y su relación con el seguro de Accidentes: el testamento, la herencia, las cláusulas beneficiarias, etc. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

Exclusiones

Además de los Accidentes sufridos por el Asegurado como consecuencia de los Accidentes no cubiertos del apartado Objeto del Seguro, esta Garantía no cubre en ningún caso:

- Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a la Compañía, y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo.
- Cualquier enfermedad, salvo en el caso de que sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización.
- Los gastos de medicina preventiva.

Extinción de la cobertura

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en percibir la prestación, deberán presentar la documentación siguiente:

1. Para el reembolso de gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo:

- a) Declaración de Sinistro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado el Beneficiario.

- b) Certificado o informe médico del facultativo que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento.
- c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y/o familiares.
- e) Factura normalizada correspondiente a los gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y/o de los familiares del mismo.

2. Para el reembolso de gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico sobre la situación del Asegurado detallando:
 - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado.
 - Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización del Asegurado.
 - Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.
- d) Factura normalizada del centro sanitario relativa a los gastos de estancia del acompañante, o, en su caso, factura del hotel donde se haya alojado, y Documento Nacional de Identidad del mismo.

3. Para el reembolso de gastos de salvamento del Asegurado accidentado:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Certificado o informe médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del accidente.
- c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- e) Facturas originales normalizadas correspondiente a los gastos de salvamento.

4. Para los Servicios de Personal de Limpieza, Profesionales Sanitarios y de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendentes mayores de 70 años:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado el Asegurado.
 - Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización del Asegurado.
 - Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.

- d) En su caso, fotocopia del Libro de Familia, y DNI del ascendiente mayor de 70 años que conviva con el Asegurado.

5. Para el Servicio de Asistencia Veterinaria por Accidente de animal doméstico:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Veterinario en que se detalle la situación del animal doméstico, detallando:
- Nombre, apellidos, domicilio, y número de colegiado del veterinario que asiste al animal.
 - Tipo de animal y raza del mismo.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha y las causas del mismo.
 - Lesiones sufridas por el animal a consecuencia del accidente

Garantía Séptima: Cirugía estética y tratamientos especiales por accidente

Cirugía estética y tratamientos especiales por accidente

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza resultara dañada o deformada la superficie corporal del Asegurado de forma que, después del tratamiento médico a que haya sido sometido, quede menoscabado o deformado su aspecto físico de forma permanente, la Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos médicos, honorarios profesionales, estancia y manutención originados por la cirugía estética siempre que el Asegurado decida someterse a una operación a fin de corregir el defecto mencionado, hasta el importe máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía también indemnizará por aquellos Tratamientos Especiales posteriores que se deriven de la intervención de cirugía estética realizada con motivo del Accidente cubierto en la póliza.

El derecho a la indemnización por esta garantía se iniciará a partir de la fecha del Accidente que origine los defectos a corregir, y **será necesario que la intervención de Cirugía Estética y los Tratamientos Especiales posteriores se realicen dentro del año siguiente al alta médica del Asegurado.**

El periodo de internamiento por intervención de Cirugía Estética y los posteriores periodos por tratamientos especiales no darán derecho a prestaciones por las garantías de Invalidez Temporal, Hospitalización y Convalecencia y Asistencia Sanitaria.

El Asegurado deberá acreditar mediante informe quirúrgico la realización de la intervención de cirugía, y a través de informe médico el tratamiento especial a seguir.

La cobertura se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años.

Documentación a aportar para el cobro de la prestación

El Asegurado deberá presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, NIF, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, y tratamiento seguido.
- c) Informe Médico-quirúrgico del facultativo que haya practicado la intervención de cirugía estética al Asegurado, detallando:
 - Nombre y apellidos, domicilio, NIF, número de colegiado, colegio médico y especialidad del cirujano plástico.
 - Fecha y descripción de la intervención de quirúrgica practicada al Asegurado.
 - Nombre y dirección del centro sanitario donde ha sido intervenido el Asegurado, y fecha de hospitalización.
 - En su caso, descripción del tratamiento especial que deba seguir el Asegurado, indicando las fechas de las consultas que debe realizar con motivo del tratamiento posterior a la intervención quirúrgica, y fecha prevista de finalización del tratamiento, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.

- d) Facturas normalizadas justificativas de los gastos de la intervención de cirugía, y del tratamiento especial, en su caso.

Garantía Octava: Fallecimiento por determinados accidentes

Fallecimiento por accidente de circulación

Definición de la cobertura

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado fallece a consecuencia directa de un Accidente de Circulación cubierto por la póliza, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital adicional al de Fallecimiento por Accidente que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.

A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por **Accidente de Circulación** todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, causándole el fallecimiento en alguna de las siguientes circunstancias:

- Como peatón, en accidente causado por un vehículo terrestre.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre, excepto motocicletas de cilindrada superior a 50 centímetros cúbicos.
- Como usuario de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

A efectos de la presente Garantía, se consideran vehículos terrestres los siguientes: automóvil, ferrocarril, tranvía, trolebús, autobús, ciclomotor, motocicleta, bicicleta, coche de caballos, ascensor, funicular, camión, cabeza tractora y tractor agrícola

A efectos de la presente Garantía, se consideran transportes públicos, además de los terrestres, los siguientes: barco, avión, funicular, teleférico, elevador de esquí, telesilla.

Exclusiones

Además del fallecimiento como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), quedan expresamente excluidos de esta Garantía:

- el fallecimiento provocado voluntariamente por el Asegurado
- el fallecimiento derivado de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, anterior al accidente de circulación.

- los sobrevenidos al Asegurado por los efectos del alcohol o el uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- los que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligente grave del Asegurado, declarado judicialmente de esta forma, así como los derivados de la participación en actos delictivos, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- los sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores, vuelos ala delta, parapentes y paracaídas, ultraligeros, globos y aerostatos.
- los ocurridos en la práctica de submarinismo con escafandra autónoma.
- la práctica de cualquier deporte en los medios de transporte considerados para esta garantía, con carácter competitivo
- los sobrevenidos al Asegurado por utilizar ciclomotores de hasta 50 cm. Cúbicos, como conductor o como pasajero.
- los que resulten a consecuencia de Accidente de Circulación originado con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

Duración de la cobertura

La cobertura de Fallecimiento por Accidente de Circulación se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Contratación de la garantía Capital Adicional por Fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo Accidente de Circulación

En el caso de contratar esta garantía, **si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia de un único accidente de circulación**, fallecieran el asegurado y su cónyuge, la Compañía abonará el capital adicional recogido en Condiciones Particulares.

Beneficiarios de la prestación

Serán Beneficiarios las personas expresamente designadas por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza. A falta de designación expresa, serán Beneficiarios, en relación al Asegurado, exclusivamente y por este orden:

- 1º, Su cónyuge,
- 2º, Sus hijos,
- 3º, Sus padres,
- 4º, Sus herederos legales.

En los últimos tres casos, se entenderá que lo son por partes iguales.

La existencia de uno o más Beneficiarios en una categoría excluye a las categorías siguientes.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los Beneficiarios designados o, en su defecto, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Fallecimiento por Accidente, en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado y firmado por el/los Beneficiario/s.
- b) Certificado de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil.
- c) Copia de atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documentación que acredite la condición e identidad de los Beneficiarios o cesionarios de estos, o de quienes representen o deban representar a unos y a otros por cualquier circunstancia.
- e) Certificado del registro de actos de últimas voluntades y en su caso, copia del último testamento otorgado o declaración legal de herederos Ab Intestato, si los Beneficiarios resultan ser los herederos legales.
- f) Carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Fallecimiento por Agresión

Si **en el plazo de cinco años** a contar desde la fecha en que se produce una agresión por parte de terceros (atracó, secuestro, etc), el Asegurado fallece a consecuencia directa de la misma, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el capital adicional asegurado para esta garantía indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

No quedarán cubiertos los fallecimientos ocasionados por agresiones sufridas en el ejercicio de su profesión, práctica deportiva o aquellos supuestos en que se encuentre obligado a indemnizar el Consorcio de Compensación de Seguros.

Garantía Novena: Invalidez por determinados accidentes

Invalidez Permanente Total o Gran Invalidez por Accidente de Circulación

Definición de la cobertura

Si **en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda en estado de invalidez (permanente total o gran invalidez) a consecuencia directa de un Accidente de Circulación cubierto por la póliza**, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital adicional al de Invalidez Permanente Total por Accidente que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.

A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por **Accidente de Circulación** todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, causándole el fallecimiento en alguna de las siguientes circunstancias:

- Como peatón, en accidente causado por un vehículo terrestre.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre, excepto motocicletas de cilindrada superior a 50 centímetros cúbicos.
- Como usuario de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

A efectos de la presente Garantía, se consideran vehículos terrestres los siguientes: automóvil, ferrocarril, tranvía, trolebús, autobús, ciclomotor, motocicleta, bicicleta, coche de caballos, ascensor, funicular, camión, cabeza tractora y tractor agrícola

A efectos de la presente Garantía, se consideran transportes públicos, además de los terrestres, los siguientes: barco, avión, funicular, teleférico, elevador de esquí, telesilla.

Exclusiones

Además de la Invalidez Permanente Total o Gran Invalidez como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), quedan expresamente excluidos de esta Garantía:

- la invalidez provocada voluntariamente por el Asegurado
- la invalidez derivada de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, anterior al accidente de circulación.
- la Invalidez sobrevenida al Asegurado por los efectos del alcohol o el uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- la Invalidez que sea consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligente grave del Asegurado, declarado judicialmente de esta forma, así como los derivados de la participación en actos delictivos, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- la Invalidez sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores, vuelos ala delta, parapentes y paracaídas, ultraligeros, globos y aerostatos.
- la Invalidez sobrevenida por práctica de submarinismo con escafandra autónoma.
- la Invalidez sobrevenida por la práctica de cualquier deporte en los medios de transporte considerados para esta garantía, con carácter competitivo
- la Invalidez sobrevenida al Asegurado por utilizar ciclomotores de hasta 50 cm. Cúbicos, como conductor o como pasajero.
- la Invalidez que resulte a consecuencia de Accidente de Circulación originado con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

Duración de la cobertura

La cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente de Circulación se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Contratación de la garantía Capital Adicional por Invalidez de ambos cónyuges sobrevinida por el mismo Accidente de Circulación

En el caso de contratar esta garantía, **si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia de un único accidente de circulación**, el asegurado y su cónyuge quedan afectados por una Invalidez Permanente Total, la Compañía abonará el capital adicional recogido en Condiciones Particulares.

Beneficiarios de la prestación

Serán Beneficiarios las personas expresamente designadas por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza. A falta de designación expresa, serán Beneficiarios, en relación al Asegurado, exclusivamente y por este orden:

- 1º, Su cónyuge,
- 2º, Sus hijos,
- 3º, Sus padres,
- 4º, Sus herederos legales.

En los últimos tres casos, se entenderá que lo son por partes iguales.

La existencia de uno o más Beneficiarios en una categoría excluye a las categorías siguientes.

Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los Beneficiarios designados o, en su defecto, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Fallecimiento por Accidente, en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado y firmado por el/los Beneficiario/s.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del Accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.

- c) Copia de atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documentación que acredite la condición e identidad de los Beneficiarios o cesionarios de estos, o de quienes representen o deban representar a unos y a otros por cualquier circunstancia.
- e) Carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Invalidez Permanente por Agresión

Si **en el plazo de cinco años** a contar desde la fecha en que se produce una agresión por parte de terceros (atracó, secuestro, etc), el Asegurado se invalida a consecuencia directa de la misma, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el capital adicional asegurado para esta garantía indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

No quedarán cubiertas las invalideces sobrevenidas por agresiones sufridas en el ejercicio de su profesión, práctica deportiva o aquellos supuestos en que se encuentre obligado a indemnizar el Consorcio de Compensación de Seguros.

► Artículo 5º. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas

5.1. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas

El Tomador puede contratar, opcionalmente, un sistema de revalorización automática del importe de las prestaciones garantizadas. Esta opción deberá indicarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de las prestaciones garantizadas y límites de cobertura indicados será el que corresponda a la anualidad de Seguro en que se haya producido el accidente cubierto por la póliza.

5.2. Determinación anual de la prima

A cada vencimiento, al margen del aumento de prima que suponga la revalorización automática de sumas aseguradas contratada en Póliza, se determinará la prima de renovación de acuerdo con la tarifa que figure en la vigente Nota Técnica del ramo, sujeta al control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y fundamentada en cálculos técnicos-actuariales realizados por especialistas de la Compañía. Las primas se pueden modificar en base a las actualizaciones de los costes de las indemnizaciones y de los servicios prestados, y los costes generales de explotación de la entidad.

Estas modificaciones de primas se realizan para garantizar la suficiencia de la tarifa y permitir a la Compañía satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas, de acuerdo con lo dispuesto en el régimen jurídico de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

► **Artículo 6º. Comunicaciones entre las partes**

COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES ENTRE LAS PARTES

1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato.

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se registrarán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones.

El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes.

Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

Las comunicaciones que Tomador y/o Asegurado efectúe a la Aseguradora, pueden realizarlas a través de cualquier oficina de Cajamar o por escrito a la dirección de las oficinas centrales de Cajamar Seguros Generales sitas en Madrid, calle Orense 2.

Las comunicaciones que el Asegurador tenga que hacerle al Tomador y/o Asegurado, se realizarán en el domicilio, número de teléfono móvil o dirección de correo electrónico del Tomador indicado en la póliza.

▶ Artículo 7º. Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

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 manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios 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.conorseguros.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.

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN	
COBERTURAS	Límite de indemnización para cada cobertura Suma Asegurada
Garantía Primera: Fallecimiento por Accidente	
Fallecimiento por Accidente	Capital elegido por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Fallecimiento por Infarto de Miocardio	Capital contratado por el Tomador para la Garantía de Fallecimiento, con el máximo de 150.000 €
Garantía Segunda: Invalidez Permanente por Accidente	
Invalidez Permanente Total por Accidente	Capital elegido por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Invalidez Permanente Total y Parcial por Accidente	Capital elegido por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Invalidez permanente por Infarto de Miocardio	Capital contratado por el Tomador para la Garantía de Invalidez, con el máximo de 150.000 €
Gran Invalidez por Accidente	Capital contratado por el Tomador para la garantía de Invalidez permanente Total o Invalidez Permanente Total y Parcial
Garantía Tercera: Invalidez temporal por Accidente	Prestación diaria a partir de los días de franquicia y según la modalidad elegida, recogida en Condiciones Particulares. Período máximo de indemnización, 12 meses.
Garantía Cuarta: Asistencia Sanitaria	Cobertura ilimitada en centros concertados y límite a elegir en centros libres: 1.200, 3.000 ó 6.000 €
Garantía Quinta: Hospitalización y Convalecencia por Accidente	Periodo máximo de indemnización, 120 días. Indemnización máxima: 1.500 €
Subsidio diario por Hospitalización	30, 60 ó 90 €, según opción elegida por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Subsidio diario por Convalecencia	50% del subsidio contratado para Hospitalización, 15, 30 ó 45 €, según opción elegida por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Garantía Sexta: Asistencia Personal	Incluida
Garantía Séptima: Cirugía Estética y Tratamientos Especiales	A elegir por el Tomador: 1.200, 3.000 ó 6.000 €, recogido en Condiciones Particulares

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

Garantía Octava: Fallecimiento por determinados accidentes	
Fallecimiento por Accidente de Circulación	Capital adicional e igual al contratado por el Tomador para la Garantía de Fallecimiento por Accidente
Fallecimiento por Agresión	Capital adicional e igual al 50% del contratado por el Tomador para la Garantía de Fallecimiento por Accidente
Fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo Accidente de Circulación	Capital adicional e igual al contratado por el Tomador para la Garantía de Fallecimiento por Accidente
Garantía Novena: Invalidez Permanente por determinados accidentes	
Invalidez permanente total o Gran Invalidez por Accidente de Circulación	Capital adicional e igual al contratado por el Tomador para la Garantía de Invalidez permanente por Accidente
Invalidez permanente por Agresión	Capital adicional e igual al 50% del contratado por el Tomador para la Garantía de Invalidez permanente por Accidente
Invalidez permanente total de ambos cónyuges en el mismo Accidente de Circulación	Capital adicional e igual al contratado por el Tomador para la Garantía de Invalidez permanente por Accidente

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN	
COBERTURAS PARA ASEGURADOS SIN ACTIVIDAD LABORAL MENORES DE 23 AÑOS	Límite de indemnización para cada cobertura Suma Asegurada
Garantía Primera: Gastos de Sepelio	3.000 €
Garantía Segunda: Invalidez Permanente Total por Accidente	
Invalidez Permanente Total por Accidente	Capital elegido por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares
Gran Invalidez por Accidente	Capital adicional contratado por el Tomador para la garantía de Invalidez permanente Total o Invalidez Permanente Total y Parcial
Garantía Tercera: Invalidez Permanente Total y Parcial por Accidente	Capital elegido por el Tomador, recogido en Condiciones Particulares

