



→ Condiciones Generales y Especiales ACC-SEN-20-1



ÍNDICE

Contenido de las Condiciones Generales y Especiales

I. PRESTACIONES GARANTIZADAS	3
Artículo 1.- Preliminar	3
Artículo 2.- Objeto y extensión del seguro	3
Artículo 3.- Cobertura de Lesiones por Accidente	3
Artículo 4.- Riesgos no amparados por la Cobertura de Lesiones por Accidente	7
Artículo 5.- Cobertura de Asistencia en Viaje	7
Artículo 6.- Supuestos no amparados por la Cobertura de Asistencia en Viaje	10
Artículo 7.- Riesgos no cubiertos con carácter general	11
Artículo 8.- Perfección, toma de efecto y duración del contrato	11
Artículo 9.- Contratación a distancia del Seguro	12
Artículo 10.- Ámbito territorial	13
Artículo 11.- Actuación en caso de siniestro	13
II. NORMAS DE TIPO GENERAL	15
Artículo 12.- Declaraciones del Tomador y Asegurado	15
Artículo 13.- Importe y pago de la prima y efecto de su impago	16
Artículo 14.- Comunicaciones	18
Artículo 15.- Jurisdicción y reclamaciones	19
III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS	21
IV. DEFINICIONES	25

I. PRESTACIONES GARANTIZADAS

Artículo 1.- Preliminar

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, en su caso, sus correspondientes Anexos y Suplementos, salvo pacto en contrario que resulta más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/80, de 8 de octubre) y la de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

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

El Tomador del seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares del Seguro, acepta estas Condiciones Generales y, específicamente, las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que en las mismas se resaltan en letra «negrita».

Artículo 2.- Objeto y extensión del seguro

Por el presente Contrato, la Aseguradora se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza y en relación con las coberturas y riesgos que se describen en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares, a pagar al Asegurado las prestaciones garantizadas en la póliza.

Artículo 3.- Cobertura de Lesiones por Accidente

Se entiende por «accidente» el suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Asegurado que provoca una lesión corporal.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, el infarto de miocardio y el

accidente cerebrovascular causado por malformaciones, angiomas, aneurismas, oclusiones, disección de las arterias cerebrales o hemorragia craneal por hipertensión, aunque sea considerado accidente laboral por la autoridad legal competente.

- **ALCANCE DE LA COBERTURA.**

En caso de que se produzca un "accidente", la Aseguradora abonará al Asegurado una indemnización, conforme a los límites pactados, por la lesión corporal que éste sufra prevista en el apartado "diagnósticos médicos" del Baremo de lesiones por accidente recogido en estas Condiciones Generales.

Únicamente se indemnizará por la consecuencia directa ocasionada por el accidente cubierto por esta Póliza. Así, cualquier defecto físico o funcional de un miembro u órgano que fuera anterior a la ocurrencia del accidente, no dará derecho a indemnización y no se tendrá en cuenta al aplicar el Baremo de Lesiones de la Póliza.

Los diagnósticos médicos que no estén contemplados en el Baremo de lesiones por accidente recogido en estas Condiciones Generales no otorgan derecho a indemnización, aunque deriven de un accidente. En ese caso la Aseguradora no abonará cantidad alguna.

- **BAREMO DE LESIONES POR ACCIDENTE.**

Se entiende por Baremo de Lesiones por accidente la relación de diagnósticos médicos cubiertos, y en la que se indica el importe de la indemnización que le corresponde a cada uno de ellos, clasificados bajo los epígrafes Pérdidas sensoriales y/o de movilidad; Quemaduras; Amputaciones; Fracturas y Traumatismos graves.

En caso de sufrir un accidente, si dispone de un diagnóstico médico que esté recogido en el Baremo, la Aseguradora, procederá el abono de una indemnización igual al importe que se indique en él para dicho diagnóstico, una vez entregada y verificada la documentación necesaria para determinar que procede dar cobertura, sin tener que esperar hasta el alta médica. La indemnización se abonará en un único pago.

- **INTERPRETACIÓN DEL BAREMO.**

En caso de que existiera más de un diagnóstico médico incluido en el Baremo por causa de un mismo accidente, la Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a dichos diagnósticos, con el máximo establecido en las **Condiciones Particulares de la Póliza.**

Tanto los diagnósticos médicos que aparecen en el Baremo de lesiones por accidente como las indemnizaciones correspondientes a cada uno de ellos, podrán actualizarse anualmente, en ese caso, la Aseguradora comunicará al Tomador las modificaciones, al menos, dos meses antes de la renovación anual de la Póliza.

BAREMO DE LESIONES POR ACCIDENTE

Pérdidas Sensoriales y/o Movilidad

Diagnóstico médico	Capital asegurado
Pérdida total visión de un ojo	35.000 €
Lesión completa del nervio radial, del cubital o del mediano	25.000 €
Fractura columna vertebral con lesión neurológica.....	20.000 €
Sordera completa de un oído.....	20.000 €
Catarata traumática bilateral operada.....	20.000 €
Catarata traumática unilateral operada	10.000 €
Trastornos del lenguaje oral, con imposibilidad de emitir vocablos coherentes.....	70.000 €
Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad	40.000 €
Pérdida total del movimiento del hombro	25.000 €
Pérdida total del movimiento de una muñeca	20.000 €
Pérdida total del movimiento de un codo	20.000 €
Pérdida total del movimiento de un tobillo/pie.....	15.000 €
Pérdida total del olfato del gusto	5.000 €

Quemaduras

Diagnóstico médico	Capital asegurado
Quemaduras de 3º grado con extensión superior al 1%	10.000 €
Quemaduras de 2º grado con extensión superior al 1%	4.000 €

Amputaciones

Diagnóstico médico	Capital asegurado
Amputación de un brazo o una mano.....	65.000 €
Amputación de una pierna	60.000 €
Amputación de un pie.....	55.000 €
Amputación de cuatro dedos de una mano	50.000 €
Amputación parcial de un pie conservando el talón	20.000 €
Amputación de un dedo pulgar de la mano	20.000 €
Amputación total de un dedo índice o de dos falanges del mismo	15.000 €
Amputación de un dedo gordo del pie	10.000 €
Amputación de un dedo del pie	5.000 €
Amputación Total de cualquier otro dedo (ningún pulgar ni índice) de una mano o de dos falanges del mismo	5.000 €

BAREMO DE LESIONES POR ACCIDENTE

Fracturas

Diagnóstico médico	Capital asegurado
Fractura con Luxación de Rodilla	20.000 €
Fractura con Luxación de Cadera	15.000 €
Fractura de la sínfisis del pubis desplazada	12.000 €
Rotura diafragmática.....	10.000 €
Fractura del cráneo	10.000 €
Fractura sin Luxación de cuello del fémur, cótilo, trocánters	6.000 €
Fractura de Columna Vertebral sin lesión Neurológica excluyendo sacro y coxis	6.000 €
Fractura de sacro y/o coxis	4.000 €
Fractura de diáfisis de fémur	5.500 €
Fractura de cóndilos de fémur	3.000 €
Fractura trimaleolar	5.000 €
Fractura de tibia y/o peroné	3.000 €
Fractura de radio y/o cúbito	3.000 €
Fractura de pelvis	6.000 €
Fractura de calcáneo	3.000 €
Fractura de húmero.....	3.000 €
Fractura de tarso o metatarso	2.500 €
Fractura de carpo o muñeca	2.000 €
Fractura de escápula u omóplato	2.000 €
Fractura de uno o varios dedos de la misma mano	1.000 €
Fractura de uno o varios metacarpianos de la misma mano.....	1.000 €
Fractura de parrilla costal.....	1.500 €
Fractura de uno o varios dedos del mismo pie.....	1.000 €
Fractura rótula.....	3.000 €
Fractura de clavícula	2.000 €
Fractura maxilar inferior	2.000 €
Fractura huesos faciales (excluyendo maxilar inferior).....	1.000 €

Traumatismos Graves

Diagnóstico médico	Capital asegurado
Traumatismo grave múltiple con ingreso hospitalarios superior a 30 días	6.000 €
Neumotórax traumático y/o hemitórax traumático	2.500 €
Hemorragia cerebral por traumatismo craneoencefálico sin fractura.....	2.500 €
Lesiones abiertas y ulceradas en el ojo	2.000 €

Artículo 4.- Riesgos no amparados por la Cobertura de Lesiones por Accidente

En ningún caso estarán cubiertos:

- Los accidentes acaecidos con anterioridad a la fecha de efecto de esta Póliza, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad.
- Los diagnósticos cuya fecha de determinación tenga lugar una vez transcurridos más de 18 meses desde la fecha de ocurrencia del accidente.
- Los accidentes causados intencionadamente por el Asegurado, como autolesiones, tentativa de suicidio, o si estos se producen en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias estupefacientes.
- Los accidentes acaecidos durante la práctica de actividades deportivas o de ocio notoriamente peligrosas como alpinismo, escalada, espeleología, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), motociclismo, motonáutica, caza, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor y cualquier deporte o actividad que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física o psíquica del Asegurado.

Artículo 5.- Cobertura de Asistencia en Viaje

Esta cobertura tiene por objeto prestar asistencia al Asegurado en el viaje que realice y, en su caso, abonarle las indemnizaciones correspondientes.

Se entenderá como viaje cualquier desplazamiento de una **duración máxima de 90 días**, límite que no será aplicable cuando el viaje tuviera por objeto la realización de estudios reglados en territorio español, y siempre que el hecho causante de las prestaciones ocurra **a más de 15 km. del domicilio habitual del Asegurado**; si éste residiera fuera del territorio peninsular el límite aplicable será de 10 km. No tendrán tal consideración a efecto de esta cobertura, los desplazamientos realizados con objeto de recibir asistencia sanitaria.

Excepto en el supuesto expresamente recogido en el párrafo anterior, cuando la duración prevista para el viaje del Asegurado sea superior a 90 días esta cobertura no será de aplicación. No ampara, por tanto, las asistencias solicitadas por hechos ocurridos durante los primeros 90 días de viajes que tengan prevista una duración superior.

La Aseguradora podrá requerir que se acredite documentalmente la duración del viaje a efectos de verificar la cobertura.

Si los proveedores de la Aseguradora no pudieran prestar los servicios garantizados o se retrasaran en la realización de los mismos, por causas de fuerza mayor, fenómenos meteorológicos o, en general, por cualquier causa que determine su saturación, la obligación de ésta

quedará limitada exclusivamente al pago, dentro de los límites establecidos, de los gastos en que hubiera incurrido el Asegurado para obtener los servicios garantizados por este contrato.

Salvo lo anterior, las prestaciones derivadas de esta cobertura deberán ser efectuadas por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Aseguradora.

Esta cobertura es de aplicación a las personas cuya residencia habitual esté situada **en territorio español**.

GARANTÍAS Y PRESTACIONES

- Gastos de curación.

Si el hecho causante de la prestación sucede **en el extranjero**, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de farmacia, honorarios médicos, ambulancias, hospitalización e intervenciones quirúrgicas hasta un **máximo de 12.025 Euros**. **En caso de que el coste de la asistencia supere la cantidad señalada anteriormente, el Asegurado deberá abonar directamente la diferencia.**

Esta cobertura no será aplicable a los gastos sanitarios incurridos en España ni a los derivados de hechos previsibles al inicio del viaje, tales como partos a término y tratamientos o cuidados habituales de padecimientos crónicos físicos o mentales. Si estarán cubiertos, no obstante, los partos prematuros imprevistos y la interrupción espontánea del embarazo, así como los brotes agudos de padecimientos crónicos ocurridos de forma súbita e imprevisible.

- Prolongación del viaje.

Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado deba prolongar su estancia en el extranjero, la Aseguradora le abonará los gastos de estancia de ese período con **límite de 155 Euros diarios y hasta un máximo de 1.505 Euros**.

- Traslado o repatriación.

Si el Asegurado no pudiera retornar por sus propios medios, por impedirlo su estado de salud, la Aseguradora organizará su traslado a un centro sanitario adecuado o hasta su domicilio habitual. Los servicios médicos de la Aseguradora, en coordinación con los facultativos que le atiendan, serán los encargados de organizar y supervisar la prestación del servicio y determinar los medios de transporte idóneos; **la utilización de medios aéreos especiales, cuando proceda, queda limitada a los países ribereños del Mediterráneo y al resto de Europa.**

En caso de fallecimiento, la Aseguradora efectuará los trámites necesarios para el traslado o repatriación del Asegurado desde el lugar del hecho hasta el municipio de inhumación en España.

- Localización y salvamento.

Si el asegurado desapareciera en situación de inminente peligro, la Aseguradora pagará los gastos para su localización y salvamento **hasta un máximo de 1.505 Euros.**

- Gastos de acompañante.

Como complemento a las prestaciones devengadas por el Asegurado, la Aseguradora garantiza también las siguientes:

- a) En caso de hospitalización del Asegurado.

Si la duración del internamiento fuera superior a 5 días, la Aseguradora abonará los gastos de un acompañante, si llegaran a producirse, conforme a los siguientes criterios:

- Desplazamiento, en medios ordinarios de transporte público, hasta el lugar de hospitalización y regreso a su domicilio.
- Estancia y alojamiento:
 - * En España: **máximo de 125 Euros diarios con límite de 1.205 Euros.**
 - * En el extranjero: **máximo de 155 Euros diarios con límite de 1.505 Euros.**

- b) Si se produce el traslado o repatriación del Asegurado. La Aseguradora asumirá también los gastos del viaje de uno de sus acompañantes, de resultar necesario el acompañamiento, en los mismos medios de transporte utilizados para el retorno del Asegurado.

Si el acompañante, fuera menor de 15 años y viajara solo, la Aseguradora facilitará en caso necesario una persona que le atienda durante el viaje de retorno.

Si la causa fuera el fallecimiento del Asegurado, serán de aplicación las normas y límites previstos para su traslado, **sin que tales límites se dupliquen con motivo del viaje del acompañante.**

- Retorno anticipado.

Si el Asegurado se viera en la necesidad de interrumpir el viaje como consecuencia de:

- Un siniestro grave en su domicilio o en su industria o negocio.
- Enfermedad grave o fallecimiento de un familiar (hasta segundo grado de parentesco directo o afín).

Y en tanto no le fuera posible emplear los mismos medios de transporte previstos para su regreso, la Aseguradora le abonará los gastos del viaje de vuelta en medios ordinarios de transporte público.

- Equipaje.

- En caso de robo o extravío del equipaje y efectos personales del Asegurado, la Aseguradora colaborará en las gestiones para su localización, y cuando sea localizado lo expedirá al lugar designado por el Asegurado o reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido para recogerlo.

- Si el extravío se produjera con motivo de un vuelo en medios públicos de navegación aérea, y no apareciese en las 24 horas siguientes a la llegada al aeropuerto de destino, la Aseguradora reembolsará, además, **hasta un máximo de 305 Euros por Asegurado y con límite de 1.205 Euros por siniestro**, los gastos en que éste haya incurrido para adquirir el vestuario y los objetos de aseo personal imprescindibles.

No se consideran medios públicos, a efectos de esta cobertura de Asistencia en Viaje, los aerotaxis ni los helicópteros.

- Envío de medicamentos.

Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado necesitase medicamentos que no se comercializaran en el lugar donde él estuviera, y no existieran productos análogos, la Aseguradora se los hará llegar en el menor tiempo posible. **El coste de los medicamentos será asumido por el Asegurado.**

- Envío de fondos.

Si como consecuencia de accidente, enfermedad, robo o extravío de bienes, ocurridos **en el extranjero**, el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos en ese lugar, la Aseguradora le enviará, **en concepto de préstamo sin interés**, la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes y hasta un **máximo de 905 Euros o su equivalente en moneda local**.

El Asegurado se obliga a la devolución del importe percibido por este concepto, en cuanto regrese a su domicilio habitual y como máximo a los sesenta días de la fecha en que recibió el dinero. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución del préstamo, la Aseguradora podrá reclamarlo incrementado con el interés legal aplicable en el momento de su reclamación.

- Transmisión de mensajes urgentes.

La Aseguradora gestionará la transmisión de mensajes del Asegurado, **urgentes y justificados**, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones de esta cobertura.

Artículo 6.- Supuestos no amparados por la Cobertura de Asistencia en Viaje

En ningún caso estarán cubiertos:

- a) **Las prestaciones que sean objeto de esta cobertura y también correspondan al Asegurado en virtud de cualquier otro seguro o cobertura a su favor.** No obstante, esta cobertura complementará a aquélla, por defecto o en exceso, dentro de los límites asegurados.

- b) Los servicios que, debiendo ser prestados por un profesional o proveedor designado por la Aseguradora, concierte el Asegurado por su cuenta y sin previo consentimiento de ésta. No obstante, la Aseguradora abonará íntegramente, hasta el límite de su responsabilidad conforme a la Póliza, los gastos que se deriven de los servicios contratados directamente por el Asegurado en casos de urgente necesidad.

Artículo 7.- Riesgos no cubiertos con carácter general

Además de los supuestos específicos de cada cobertura, ninguna de ellas cubre los siguientes:

- Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- Los producidos a consecuencia de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, sedición, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, terrorismo, motín, tumulto o conmoción civil.
- Los relacionados directa o indirectamente con el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.
- Participación activa del asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- Los producidos por inundaciones que tengan el carácter de extraordinarias o catastróficas, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados de catastróficos por la autoridad competente.
- Cualquier otro riesgo que, en su caso, se establezca en Condiciones Especiales y Particulares.
- La cobertura de riesgos extraordinarios, excluidos de esta Póliza con carácter general, que es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa.

Artículo 8.- Perfección, toma de efecto y duración del contrato

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, mediante el consentimiento de las partes y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, la Aseguradora haya cobrado la prima.

En caso de que el pago de dicha prima se realizara con posterioridad al efecto, la perfección y toma de efecto del contrato tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día de pago.

2. Será nulo el contrato si en el momento de su entrada en vigor no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.
3. La cobertura finaliza en la fecha y forma establecidas en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales.
4. Los seguros cuyas coberturas se contratan por un año con posibilidad de renovación, se entenderán prorrogados tácitamente por períodos anuales hasta que el Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte. Dicha notificación debe efectuarse con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, si quien se opone a la prórroga es el Tomador y de, al menos, dos meses cuando sea la Aseguradora.

Artículo 9.- Contratación a distancia del Seguro

1. En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquél en que el Tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso, se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. En el caso de que el contrato se haya celebrado por medios telefónicos, durante el plazo de 15 días desde la fecha convenida como de efecto del contrato, la Entidad quedará obligada al cumplimiento de la prestación que le corresponda, aunque la prima no haya sido todavía pagada antes de que se produzca el siniestro.
3. Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al Tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuran el riesgo.
4. El Tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.

El Tomador habrá de comunicarlo a la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al Tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

Artículo 10.- Ámbito territorial

Las coberturas de la póliza son de aplicación, salvo pacto o estipulación en contrario, en cualquier lugar del mundo, **a excepción de lo dispuesto para los gastos de curación en la cobertura de Asistencia en Viaje. Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en Euros.**

Artículo 11.- Actuación en caso de siniestro

La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Aseguradora lo antes posible y **como máximo dentro de los siete días siguientes de haberlo conocido**, salvo que en la póliza se hubiera pactado un plazo más amplio.

La notificación puede ser realizada telefónicamente, utilizando el Centro de Servicios de la Aseguradora, pero **deberá ser ratificada por escrito cuando ésta lo considere necesario** para la más correcta tramitación del siniestro.

El Asegurado y el Tomador del Seguro, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Aseguradora cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.**
- Autorizar a facultativos y profesionales, **por escrito si fuera necesario**, para que faciliten a la Aseguradora cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al **reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Aseguradora**, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

II. NORMAS DE TIPO GENERAL

Artículo 12.- Declaraciones del Tomador y Asegurado

La presente póliza se concierta en base a los datos facilitados por el Tomador del Seguro, declaraciones sobre la salud y profesión del Asegurado, y datos contenidos en los cuestionarios presentados por la Aseguradora, suscritos conjuntamente por el Tomador y el Asegurado, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

Si el Tomador del seguro incurriera en reserva o inexactitud en sus declaraciones sobre circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

- a) **Si la Aseguradora tiene conocimiento de la reserva o inexactitud antes de producirse el siniestro, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá al Tomador, salvo que concurren dolo o culpa grave por su parte, la prima proporcional del período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.**
- b) **Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la indemnización.**

La variación durante la vigencia del contrato de las circunstancias declaradas debe serle comunicada a la Aseguradora cuando determine una agravación de las mismas. Tiene la condición de circunstancia agravante el cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aunque fuera temporal, que signifique una mayor posibilidad de accidentes respecto a la situación declarada. No tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.

La Entidad Aseguradora, una vez conocida la agravación y si aceptase la continuación del contrato, propondrá al Tomador las nuevas condiciones de la Póliza. **Ambas partes tienen derecho a rescindir la Póliza si no aceptasen la nueva situación**, en cuyo caso el Tomador tiene derecho a que le sea devuelta la prima proporcional correspondiente al período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.

Si ocurriera un siniestro sin que se hubiera declarado la agravación, la Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo 13.- Importe y pago de la prima y efecto de su impago

NORMA GENERAL

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. En ausencia de pacto, respecto al lugar de pago, la Aseguradora presentará los recibos en el último domicilio que el Tomador del seguro le haya notificado.

La prima es indivisible y se debe y corresponde a la Aseguradora por entero durante todo el periodo de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento o de cualquiera de sus prórrogas, la Aseguradora no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.

• PRIMA INICIAL

- a) La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.
- b) Si por culpa del Tomador del seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.

• PRIMAS SUCESIVAS

- a) Para caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico actuariales, tenga establecidas en cada momento la Aseguradora, teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.
- b) Si la prima fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto a la aplicada en el período precedente, la Aseguradora, comunicará al Tomador el importe de la prima para el nuevo período de cobertura, con al menos dos meses de antelación al vencimiento del contrato, mediante envío de un aviso de cobro, del recibo correspondiente conforme a lo establecido en el artículo 14 de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.

El Tomador, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales y Especiales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa a la Entidad Aseguradora, mediante carta certificada o cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del periodo en curso.

En este caso si, por hallarse domiciliado el pago de la prima en una entidad bancaria, el recibo de la anualidad siguiente fuese cargado en la cuenta del Tomador, la Entidad Aseguradora le reintegrará su importe.

- c) La falta de pago de una de las primas siguientes dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.

Si la Aseguradora no reclama el pago pendiente de la prima, dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD BANCARIA

Si se pacta como forma de pago la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del seguro entregará a la Aseguradora carta dirigida al Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito que designe, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, las normas siguientes:

- **PRIMERA PRIMA**

La prima se entenderá satisfecha desde el día del efecto de la póliza, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad bancaria designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Aseguradora notificará por escrito al Tomador del seguro el impago producido indicándole que tiene el recibo en el domicilio de la Aseguradora durante 15 días para su pago. Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha el contrato quedará resuelto.

- **PRIMAS SUCESIVAS**

Si la Entidad bancaria devolviera el recibo impagado, la Aseguradora notificará el impago al Tomador del seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día del vencimiento del seguro, o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiere transcurrido dicho mes.

PAGO DURANTE LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima.

FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.

Si el Tomador del seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Aseguradora puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Aseguradora por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Aseguradora podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro. Si con el pago de la indemnización se agotase la suma asegurada pactada para el periodo de seguro o el contrato, se deducirá también el importe de las fracciones de prima no vencidas correspondientes a la anualidad del seguro en curso.**

Artículo 14.- Comunicaciones

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro o del Asegurado sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador o Asegurado y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier

cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

Artículo 15.- Jurisdicción y reclamaciones

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

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de Correos 281- 28222 Majadahonda, Madrid), por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página Web "mapfre.es", y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

Así mismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono 900205009.

Desestimada dicha reclamación, queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; página web www.dgsfp.mineco.es) a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

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

De conformidad con lo establecido en el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 éstos 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.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

IV. DEFINICIONES

A los efectos de esta póliza, se entenderá, con carácter general, por:

ASEGURADORA: MAPFRE VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana, entidad emisora de esta póliza que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza y que en su actividad aseguradora se halla sometida a la supervisión del Ministerio Asuntos Económicos y Transformación Digital, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado.

ASEGURADO: Cada persona incluida en la póliza con derecho a percibir las prestaciones del seguro.

SUMA ASEGURADA: Cantidad máxima que abonará la Aseguradora. establecida en las Condiciones Particulares y/o Condiciones Generales y Especiales de la póliza que representa el límite máximo de la indemnización.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. **El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.**

EDAD ACTUARIAL: La edad correspondiente al cumpleaños más cercano (anterior o posterior) a la fecha de efecto de la Póliza, o a la fecha de efecto del Suplemento.

FECHA DE COMUNICACIÓN DE SINIESTRO: Fecha y hora en la que la Aseguradora haya recibido la comunicación del siniestro.

FECHA DEL SINIESTRO: la de ocurrencia del accidente.



MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana
DOMICILIO SOCIAL: Carretera de Pozuelo, 50, 28222 Majadahonda (Madrid) ESPAÑA. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid.
Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50. C.I.F. A-28229599.

[mapfre.es](https://www.mapfre.es)

