

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

ACCIDENTES COLECTIVOS PLUS

Marco normativo y definiciones

I.1.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, tiene su domicilio en Madrid c/ Plaza de las Cortes, nº 8, siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, y demás legislación aplicable, así como por lo expresamente pactado en el contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, siendo las instancias de reclamación y resolución de conflictos las siguientes:

- Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros, a través de su web en Internet: www.plusultra.es, donde podrá consultar el Reglamento para la Defensa del Cliente por el que regula la interposición, preferentemente por medios telemáticos, de las quejas y reclamaciones contra la Compañía.
- Defensor del Cliente (DC) de Plus Ultra Seguros, que atenderá en segunda instancia cuantas quejas y reclamaciones se les formule de acuerdo con lo previsto en el citado Reglamento para la Defensa del Cliente
- Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe de los Planes de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros y posteriormente, su reproducción ante el Defensor del Cliente (DC) de la Compañía.
- Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado.

I.2.- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS., Compañía privada de Derecho Español, con domicilio social en España, Plaza de las Cortes, 8 – 28014 – MADRID, como la entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, correspondiendo a la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda el control y supervisión de la actividad aseguradora.

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

ASEGURADO: La persona o personas sobre las cuales se establece el seguro.

BENEFICIARIO: La persona, física o jurídica, titular del derecho a la indemnización.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales; las Particulares y las Especiales que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices a la Póliza que se emitan para complementarla o modificarla.

PRIMA: El precio del seguro. EL recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA: La cantidad fijada respecto de cada una de las garantías cubiertas por la póliza, y que constituye el límite máximo de indemnización en caso de siniestro.

ACCIDENTE: La lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca incapacidad temporal o invalidez permanente o muerte.

MUERTE: El acontecimiento accidental cuya consecuencia sea la pérdida de la vida del Asegurado.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado que le imposibilite para el desarrollo de sus funciones habituales durante un período determinado de tiempo, al término del cual el Asegurado quede totalmente curado de la misma.

ASISTENCIA SANITARIA: El pago de los honorarios médicos, gastos sanatoriales y farmacéuticos ocasionados por un accidente.

FRANQUICIA: Cantidad o porcentaje previamente pactado que será soportado en cada siniestro por el Asegurado.

Extensión del Seguro

ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante la vigencia de la póliza, tanto en el ejercicio de su profesión, indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, como en su vida privada, de acuerdo con la definición de accidente del apartado II.2.- Definiciones

No obstante, si la cobertura se limita al riesgo profesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes sufridos con ocasión o como consecuencia del ejercicio de la profesión declarada. Si, por el contrario, la cobertura se limita al riesgo extra-profesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes que no puedan ser conceptuados como riesgo profesional.

ARTÍCULO 2º. ACCIDENTES OBJETO DE LA GARANTÍA

Están especialmente comprendidos en el seguro los accidentes ocurridos a consecuencia de las siguientes causas:

1. Los accidentes derivados del uso por el Asegurado, como conductor o pasajero, de automóviles, bicicletas, ciclomotores **y motocicletas de cilindrada igual o inferior a 125 centímetros cúbicos.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Si así se pactara de forma expresa, se podrán garantizar los accidentes derivados del uso de motocicletas de cilindrada superior a 125 centímetros cúbicos.

2. Los que resulten de la utilización por el Asegurado, como pasajero, de los medios de transporte público de viajeros siguientes:
 - a) Por vía terrestre, férrea o fluvial.
 - b) Por vía marítima, **bajo la única condición de que la travesía se realice en un barco que efectúe un servicio regular de viajeros.**
 - c) Asimismo quedan garantizados los accidentes que resulten del uso por el asegurado de un medio de transporte aéreo de conformidad con los establecido en el apartado "Extensión cobertura del Riesgo de Aviación" indicado al final de estas Condiciones Generales.
3. Los accidentes ocurridos en el curso de intento de salvamento de personas o bienes.
4. Las agresiones no provocadas por el Asegurado y los accidentes ocurridos en caso de legítima defensa.
5. Los accidentes sufridos como consecuencia de la práctica por el Asegurado, **únicamente en calidad de amateur y con fines de distracción**, de actividades deportivas, **quedando excluidas aquellas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a)**, que sólo podrán incluirse mediante pacto expreso en Condiciones Particulares.
6. Los accidentes causados por rayo, incendio, electricidad, quemaduras.
7. Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; sólo cuando el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.
8. La asfixia por inmersión o por escape de gas o vapores tóxicos.
9. La ingestión, por error o acto criminal de terceros, de productos tóxicos o corrosivos, **excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes o alucinógenos.**
10. Los casos de rabia o carbunco a consecuencia de mordeduras de animales o picaduras de insectos; las mordeduras de serpientes.
11. Las consecuencias fisiológicas de operaciones quirúrgicas, a condición de que hayan sido originadas por un accidente garantizado.
12. Tendrán consideración de accidente la Meningitis proveniente de traumatismo craneo-encefálicos abiertos; la Encefalitis proveniente de vacunación de Polio, Difteria o Sarampión; el Tétanos proveniente de heridas por accidente.
13. Se consideran accidente las torceduras, esguinces y/o distensiones causados por **tensiones musculares repentinas derivadas de causa accidental y externa.**

ARTÍCULO 3º. EXTENSIÓN TERRITORIAL

- 1 Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo, siempre que los países a visitar o a desarrollar la actividad declarada, no sean considerados en el momento de la realización del viaje y/o estancia, de riesgo, por considerarse que pueden poner en peligro la integridad física del Asegurado. Se consideran zonas o países de riesgo aquellos en donde existe una alta conflictividad política, económica o social, o se encuentren en situación bélica o prebélica.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Con independencia de lo indicado, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no fuesen conscientes de la posible peligrosidad del país o zona a visitar, deberán comunicárselo al Asegurador, de conformidad con lo indicado en el artículo 11 de la Ley del Contrato de Seguro. Para los siniestros ocurridos en el extranjero las indemnizaciones se abonarán al Asegurado o Beneficiario en España.

2. Para la garantía de Asistencia Sanitaria, con respecto a los accidentes ocurridos en el extranjero, se entenderá siempre aplicable el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares, pero en el caso de países extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea, no se podrá sobrepasar en ningún caso la cantidad de 3.000,00 - euros. En el caso de concurrencia de esta garantía de Asistencia Sanitaria con la de Asistencia en Viaje, el capital asegurado corresponderá a la de esta última garantía, estableciéndose el límite máximo de 3.500,00 euros.
3. Las indemnizaciones serán abonadas al Asegurado o Beneficiario en España y en moneda española, al tipo de cambio oficial vigente en el momento en que el derecho de reembolso se hubiera producido, y contra entrega de los justificantes que proceda en cada caso.

ARTÍCULO 4º. EXCLUSIONES

Las exclusiones que se citan a continuación serán de aplicación salvo que se pacte expresamente su inclusión y así se haga constar en las Condiciones Particulares.

1.- PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

- a) **Por imperativo legal, las personas menores de 14 años no podrán ser asegurados para el riesgo de muerte, salvo en concepto de gastos de sepelio.**
- b) **Los mayores de 70 años.**
- c) **Las personas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, viriasis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, sida, ceguera, fuerte miopía (de más de 10 dioptrías), sordera bilateral, enfermedad de la médula espinal, diabetes (salvo lo previsto en el párrafo siguiente) o de otras enfermedades de análoga gravedad no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación; devolviendo el Asegurador al Tomador del seguro la parte de prima por el período de seguro no transcurrido.**

Será válida la garantía de Fallecimiento e Invalidez Permanente para las personas afectadas de **diabetes mellitus**, siempre y cuando **la tasa de glucosa en la sangre no supere los 200 mg. por decilitro.**

2.-RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

- a) **Los accidentes que sufra el Asegurado practicando:**
 - **Boxeo, judo, artes marciales y deportes similares.**
 - **Paracaidismo, aerostación, parapente, ala delta, vuelo sin motor, vuelo con motor, vuelo libre, vuelo acrobático, ultraligeros, puenting.**
 - **Rugby, hockey sobre hielo.**
 - **Buceo deportivo con escafandra autónoma y pesca submarina, navegación a vela en mar a más de cinco millas de la costa. Motonáutica, cuando la embarcación pueda alcanzar una velocidad superior a veinte nudos.**
 - **Espeleología, alpinismo, escalada y montañismo.**
 - **Esquí y deportes de invierno.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- **En general, cualquier deporte o actividad recreativa de características similares a las descritas o cuya peligrosidad sea notoriamente elevada.**

- b) Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte como profesional, así como la participación en todo tipo de competiciones deportivas o torneos organizados por federaciones, así como en aquellas que aun siendo organizados por organismos distintos, obligue al participante a tener licencia deportiva; pruebas y concursos, o en sus ensayos preparatorios, cuyo objetivo sea la consecución de premio.**

- c) Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.**

- d) El aneurisma, ataques de parálisis o apoplejía no traumáticos.**

- e) Derrames cerebrales, infarto de miocardio, angina de pecho y sus consecuencias, aún cuando fueran declarados accidentes por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales.**

- f) Hernias de cualquier clase que afecten a paredes abdominales o a discos intervertebrales, así como reumatismos, varices y eczemas.**

- g) Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.**

- h) Los accidentes que se deban a una enfermedad o estado patológico preexistente, así como las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.**

- i) Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.**

- j) Participación activa en fiestas populares que entrañen un riesgo para las personas, como lanzamiento de fuegos artificiales, suelta de vaquillas, toreo y encierro de reses bravas y similares**

- k) Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.**

- l) El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la automutilación.**

- m) Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente. A estos efectos, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al indicado en la normativa vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.**

- n) Los accidentes que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas de cualquier naturaleza, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa, y los que sean consecuencia de imprudencia temeraria o infracciones de reglamentos por el propio Asegurado.**

- o) La intoxicación o envenenamiento accidental producida por la ingestión de alimentos en mal estado.**

- p) Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- q) **Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz.**
- r) **Los hechos derivados de terrorismo**
- s) **Los accidentes derivados de acontecimientos extraordinarios, tal y como se definen en el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, o en las disposiciones legales equivalentes vigentes en el momento del siniestro.**
- t) **Los accidentes ocurridos como consecuencia de la conducción de ciclomotores o motocicletas en caso de que la cilindrada de las mismas fuera superior a 125 centímetros cúbicos, salvo pacto expreso en contrario.**
- u) **Las consecuencias, directas o indirectas, producidas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana).**
- v) **Las inoculaciones infecciosas y pinchazos que se produzcan aún de forma accidental por el Asegurado.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

NATURALEZA DE LAS INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 5º. ALCANCE DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones correspondientes a las garantías contratadas y con los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El Asegurador indemnizará solamente por las consecuencias naturales, directas y exclusivas, del accidente cubierto por la póliza.

En caso de agravación de las consecuencias del accidente a causa de enfermedad del Asegurado, preexistente o sobrevenida después de ocurrido el accidente, el Asegurador responderá tan sólo de las consecuencias naturales que se hubieran derivado del accidente en caso de no padecer la enfermedad. Corresponderá al facultativo establecer estas circunstancias.

Garantías del Seguro

ARTÍCULO 6º. MUERTE

1. Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte del Asegurado inmediatamente o dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha del accidente, cuando se pruebe médicamente que el fallecimiento es consecuencia directa del accidente, el Asegurador pagará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.
2. Se podrá anticipar de inmediato a los beneficiarios que justificasen tal condición, si así lo solicitasen, hasta un diez por ciento del capital asegurado, con un límite máximo de 1.200,00 euros, para atender los gastos derivados del fallecimiento, siempre que el Asegurador hubiera podido comprobar de forma fehaciente que el siniestro se encuentra dentro de las coberturas de la póliza.

ARTÍCULO 7º. INVALIDEZ PERMANENTE

1. Tendrá carácter de Invalidez Permanente la pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros u órganos que sea consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto en la póliza, ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha del accidente, cuando se pruebe médicamente que la invalidez es consecuencia directa del accidente.
2. Cuando el accidente produzca una Invalidez Permanente en el Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización dentro del límite de la suma garantizada para este caso en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este artículo y en base a los porcentajes indicados en el Baremo de Invalidez siguiente:

– Enajenamiento mental, incurable y total.....	100%
– Ceguera absoluta.....	100%
– Parálisis completa.....	100%
– Pérdida total del uso de dos miembros.....	100%

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Cabeza y columna vertebral

– Sordera completa e incurable	40 %
– Ablación mandíbula inferior	30 %
– Pérdida total de la visión de un ojo	25 %
– Fractura o luxación de la columna vertebral con rigidez raquídea cervical o importantes desviaciones pronunciadas de origen traumático	25 %
– Sordera completa de un oído	10 %

Miembros superiores

– Pérdida total de un brazo o de una mano	60 %
– Fractura no consolidada del húmero	25 %
– Fractura no consolidada del antebrazo	25 %
– Pérdida total de los movimientos:	
– Del hombro	25 %
– Del codo	20 %
– De la muñeca	20 %
– Pérdida total del pulgar y el índice	35 %
– Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25 %
– Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20 %
– Pérdida total del índice sólo, o de dos dedos	15 %
– Pérdida total del meñique	8 %

Miembros inferiores

- | | |
|---|-----|
| – Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma | 60% |
| – Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o impotencia funcional de la misma | 50% |
| – Pérdida total de un pie | 45% |
| – Fractura no consolidada de una pierna o un pie | 25% |
| – Fractura no consolidada de una rótula | 20% |
| – Pérdida total de los movimientos: | |
| – De la cadera | 25% |
| – De la rodilla | 20% |
| – De la articulación del tobillo | 10% |
| – Pérdida total del dedo gordo del pie | 10% |
| – Pérdida total de otro dedo del pie | 3 % |
3. La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido en el cuadro anterior para cada dedo.
 4. Los tipos de invalidez no especificados expresamente en el baremo, se indemnizarán en función de su gravedad comparada con las enumeradas anteriormente.
 5. La indemnización se determina, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado, siguiendo las reglas fijadas a continuación:
 - 5.1. El grado de invalidez será establecido por el Asegurador cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo. Si transcurridos doce meses desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar del Asegurador un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual el Asegurador fijará la invalidez en base a la que se estime como definitiva.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 5.2. La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con un máximo del 100 % del capital asegurado para esta garantía.
- 5.3. La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
- 5.4. Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.
- 5.5. Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentara con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
- 5.6. Los trastornos y las lesiones nerviosas sólo se tomarán en consideración cuando fueran consecuencia de un accidente garantizado y si se comprueban médicamente que son debidos a tal accidente.
- 5.7. Si el Asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el Asegurado falleciera con posterioridad, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el Asegurador no podrá reclamar la diferencia.
- 5.8. En caso de invalidez permanente el Asegurador pagará el importe de la primera prótesis ortopédica que precise el Asegurado, con un límite máximo del 10 por 100 del capital indemnizable para caso de invalidez y un máximo de 1.200,00 euros.

ARTÍCULO 8º. INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de incapacidad temporal del Asegurado para desarrollar sus ocupaciones habituales como consecuencia de accidente garantizado por la póliza, el Asegurador satisfará la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares, durante un plazo máximo de 365 días a contar desde el día siguiente a la fecha del accidente, **salvo que la duración del contrato fuese temporal, en cuyo caso la indemnización diaria quedará limitada al mismo número de días de duración del seguro.**

Esta indemnización sólo se pagará mientras el Asegurado esté sometido a tratamiento médico y observe el reposo necesario para su curación.

La citada indemnización sólo será satisfecha íntegramente cuando el Asegurado se encuentre en una incapacidad física total para atender sus ocupaciones.

Dicha indemnización se reducirá a la mitad desde el momento en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o abandone su domicilio, y si no ejerce ninguna profesión cuando no esté obligado a guardar cama constantemente.

La indemnización diaria es compatible con cualquier otro pago que pudiera corresponder al Asegurado o a sus derechohabientes por Invalidez Permanente o Muerte.

Si las consecuencias de un accidente se agravasen por una enfermedad o estado patológico preexistente, falta de cuidados o tratamiento experimental, la indemnización no se calculará en base a las consecuencias efectivas del caso, sino a las que se habrían producido si se hubiera aplicado un tratamiento médico racional o no existieran los agravantes enunciados.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 9º. ASISTENCIA MÉDICA

1. El Asegurador tomará a su cargo los gastos médico-farmacéuticos y de hospitalización durante 365 días como máximo y hasta el límite fijado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza para esta garantía.
2. La garantía se aplica al reembolso de los honorarios de los médicos y de los gastos de las intervenciones quirúrgicas, gastos de hospitalización y farmacéuticos, que se hallen justificados mediante los correspondientes informes médicos.
3. Se extiende además:
 - a) Al reembolso de los gastos de transporte del Asegurado, en ambulancia u otro medio justificado por las circunstancias del accidente, desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario más próximo en que el Asegurado reciba los cuidados más urgentes.
 - b) Asimismo, se reembolsarán los gastos de locomoción para curas sucesivas.
 - c) Al reembolso, hasta 300,00 euros como máximo, de los gastos de adquisición de la primera prótesis dentaria o auditiva, con exclusión de los gastos de posteriores renovaciones. No queda incluida la adquisición de gafas o lentes.
 - d) A los gastos de rehabilitación física entendiéndose por tal los procesos de fisioterapia y similares, prescritos por los médicos.

No serán en ningún caso a cargo de la Compañía los gastos de helioterapia y talasoterapia, u otro tipo de tratamiento que pudiera ser considerado especial.

El Asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia con independencia de quien los preste, con los límites establecidos.

ARTÍCULO 10º. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

En caso de ser necesaria, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, la hospitalización del Asegurado, el Asegurador garantiza el pago del importe señalado en las Condiciones Particulares en concepto de “Indemnización Diaria por Hospitalización”, **desde el quinto día a contar desde la fecha de ingreso y hasta la fecha del alta, con un límite máximo de CIENTO DÍAS.**

La indemnización no se otorgará si la estancia se realiza, aunque fuera con fines terapéuticos, en balnearios o establecimientos similares.

Disposiciones comunes

ARTÍCULO 11º. BASES DEL CONTRATO

1. Constituyen la base del seguro las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador incluyendo, el reconocimiento médico o declaración de estado de salud del Asegurado (en su caso), así como la póliza.

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

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

2. Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.
3. La inexistencia de la solicitud no releva al Tomador del Seguro, ni al Asegurado, del deber de declaración de las circunstancias esenciales del riesgo.

ARTÍCULO 12º. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima**, salvo pacto contrario en las Condiciones Particulares.
2. **En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.**
3. Las garantías de la póliza entran en vigor, salvo el supuesto anteriormente referido, en la hora y fecha indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 13º. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.
2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.
3. Las partes podrán oponerse a la prórroga anual del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de DOS MESES de antelación al vencimiento del período de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.
4. La póliza queda automáticamente cancelada a la terminación del período de seguro en que el Asegurado haya cumplido los setenta años de edad. Sólo mediante estipulación especial podrá prolongarse el seguro a partir del indicado límite, entendiéndose en todo caso como tal el pago, aceptado por el Asegurador, de la prima anual del vencimiento inmediato.

Declaraciones sobre el Riesgo

ARTÍCULO 14º. EN EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones hechas por el Tomador del seguro y/o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo y la fijación de la prima.
2. El Tomador del seguro y/o Asegurado tiene el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario anteriormente citado, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.
3. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

circunstancias contempladas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría pactado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación del riesgo a que hace referencia el párrafo anterior, el Tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha excluidas de la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 15º. FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

1. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Desde el momento en que el Asegurador haga esta declaración quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.
2. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 16º. AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicado al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las Condiciones del contrato en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva. El Asegurador podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

ARTÍCULO 17º. CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro hubiera obrado de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

ARTÍCULO 18º. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, se reducirá el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 19º. PAGO DE LA PRIMA

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio social del Asegurador.
3. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.
4. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

ARTÍCULO 20º. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

1. Si por culpa del Tomador del seguro la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
2. En caso de falta de pago de una de las primas o fracciones siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
3. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima anual en curso, correspondiéndole la fracción de prima por el tiempo que haya estado suspendida la cobertura.
4. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o el Asegurado pagó su prima, haciendo suya el Asegurador la parte de la misma correspondiente al período en que por su falta de pago la cobertura haya estado en suspenso.

Siniestros

ARTÍCULO 21º. DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

1. El Tomador del seguro y/o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
2. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- a) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones. Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado o del Tomador del seguro.
 - b) Dar inmediato aviso al Asegurador, cuando el accidente haya ocasionado la muerte del Asegurado o cuando ésta sobrevenga durante el período de curación.
 - c) Permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.
3. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 22º. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1. Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivarse de esa circunstancia.
2. Los interesados deberán facilitar al Asegurador los informes que éste les pueda pedir sobre el accidente y la evolución de las lesiones del Asegurado, que queda obligado a someterse al reconocimiento de los médicos que el Asegurador designe y trasladarse, por cuenta de éste, al lugar que corresponda para pasar tal reconocimiento.
3. En caso de muerte del Asegurado, los interesados deberán aportar, lo antes posible, al Asegurador el informe médico sobre la asistencia que se le haya prestado y certificación literal del acta de defunción, además de la información complementaria que aquél solicitase.
4. El Tomador del seguro, el Asegurado y los Beneficiarios se comprometen a no hacer uso del secreto profesional, respecto a la información que pueda solicitar el Asegurador a aquellos profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente.

ARTÍCULO 23º. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador del seguro deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos, que según corresponda, se indican a continuación:
 - a) En Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior de alta.
 - b) En Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión de tipo de invalidez resultante del accidente.
 - c) En Fallecimiento, los certificados literales de nacimiento y defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Actos de Ultimas Voluntades, y si existiera testamento, certificación respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios y la carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones. Si los beneficiarios fuesen los herederos no testamentarios será necesario, además, el auto de Declaración de Herederos dictado por el juez competente.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- d) En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.
 - e) En Indemnización Diaria por Hospitalización, documentación en la que se justifique de manera fehaciente las fechas de ingreso y alta en el centro hospitalario, así como las causas de la hospitalización.
2. El Asegurador deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que puede deber, según las circunstancias por él conocidas, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de accidente al beneficiario legitimado en forma legal, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos. En los casos de invalidez este plazo se computará desde la presentación del certificado médico en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.
 3. A petición de los Beneficiarios, en caso de fallecimiento o invalidez permanente, las indemnizaciones podrán ser percibidas, en su totalidad o en parte, en forma de renta.

El importe de la renta a percibir se determinará mediante la aplicación de las bases técnicas de utilización por parte de la Compañía en el momento de optar por esta forma de percepción.

ARTÍCULO 24º. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

1. En caso de desacuerdo respecto al grado de invalidez o incapacidad, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización.
3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para estos, salvo que alguna de las partes lo impugnara judicialmente, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
5. Cada parte deberá abonar el importe de los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad de cada una de las partes. Salvo en el caso que cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, en cuyo caso será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTÍCULO 25º. SUBROGACIÓN

1. El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

ARTÍCULO 26º. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 27º. JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 28º. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del seguro o por el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza, en sus sucursales o, en su caso, a través de agente de seguros.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos reseñado en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.
3. Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al Asegurador, en nombre del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.
4. El pago de primas que efectúe el Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

Riesgos Extraordinarios

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

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

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

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

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 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 (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro. b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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

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

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario o sus respectivos representantes legales, directamente a través de la entidad aseguradora o del medio de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Resolución de conflictos

ARTÍCULO 29º. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y DEFENSOR DEL CLIENTE

FUNCIÓN

PLUS ULTRA SEGUROS pone a disposición; de sus tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o los causahabientes de cualquiera de los anteriores, así como igualmente de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones; un Servicio de Atención al Cliente (SAC), y un Defensor del Cliente (DC), que atenderán cuantas quejas y reclamaciones se les formule, de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la Defensa del Cliente, por el que se regula la actividad del “SAC” y del “DC” de PLUS ULTRA SEGUROS; en cumplimiento de las previsiones que se contienen en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, que puede ser consultado en la web en Internet de la Compañía, en la dirección www.plusultra.es, en relación con las Pólizas de Seguro o Planes de Pensiones concertados con la Compañía, una vez haya agotado la vía ordinaria de reclamación ante los órganos competentes de la Sociedad o transcurridos 30 días sin obtener respuesta de los mismos.

NORMAS

Las quejas o reclamaciones señaladas deberán efectuarse, por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC), preferentemente por medios telemáticos, a través del web en Internet de la Compañía, y de conformidad con el Reglamento para la Defensa del Cliente. El reclamante podrá hacer el seguimiento de la respuesta a su queja o reclamación a través de dicha página web en todo momento.

Asimismo, también es posible su envío por correo ordinario a la siguiente dirección: Servicio de Atención al Cliente (SAC), Plaza de las Cortes, 8 (28014) Madrid; debiendo contener, al menos, la siguiente información: nombre y apellidos, o denominación social del reclamante, N.I.F., teléfono, domicilio, localidad, provincia, C.P., clase de seguro, número de Póliza de Seguros; especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación esta siendo sustanciada a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no defientan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

En caso de disconformidad con la resolución emitida por el Servicio de Atención al Cliente (SAC) o transcurridos 30 días sin obtener respuesta del mismo, su reclamación podrá ser tramitada en segunda instancia por el Defensor del Cliente (DC), c/ Marqués de la Ensenada nº 16. 3ª Planta Of. 23, (28004) Madrid, Fax nº 91 308 49 91, e-mail reclamaciones@da-defensor.org, y si tampoco estuviera conforme con la nueva resolución del Defensor del Cliente (DC), o transcurriera idéntico plazo (30 días) sin respuesta del mismo; se le informa de su derecho de acudir posteriormente tanto al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en los Planes de Pensiones como a los Juzgados y Tribunales ordinarios de Justicia.

Extensión a la cobertura de aviación

Quedan ampliadas las garantías de esta póliza a los accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre que ocupe plaza en los siguientes medios de transporte:

- Aeronaves debidamente autorizadas por los Organismos competentes para el transporte público de pasajeros.
- Los aparatos que sean propiedad de empresas industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- Aparatos de transporte de pasajeros que pertenezcan al Estado español u Organismo Oficial y que igualmente tengan más de un motor.

Son de aplicación los límites geográficos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

Los capitales garantizados para Muerte, Invalidez Permanente, Incapacidad Temporal y Asistencia Sanitaria son los especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Información Adicional

CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

Si Usted lo desea podrá realizar cualquier consulta o gestión relativa a su Póliza a través de:

- La Sucursal INTERNET, www.plusultra.es, de PLUS ULTRA SEGUROS, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus Pólizas, declarar siniestros, modificar los datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento.
Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.
- Su Agente o Corredor de Seguros, directamente o a través de su página web en Internet en su caso
- La Sucursal de PLUS ULTRA de su demarcación.
- Llamando al 902 15 10 15, Servicio de Atención al Cliente

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de las previsiones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable, **PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**. (en adelante, "Plus Ultra Seguros"), entidad aseguradora ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

indispensable, excepto para la finalidad promocional, para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos comercializados por Plus Ultra Seguros relacionados con el sector del seguro y planes de pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual, pudiendo ser cedidos con este mismo fin a las otras entidades que componen el grupo al que pertenece la compañía. Si desea conocer las sociedades pertenecientes al grupo asegurador, puede consultar en cualquier momento la página web (www.plusultra.es).
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo Asegurador en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Plus Ultra Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador del seguro) distinta del titular de los mismos (asegurado, partícipe, beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares para su tratamiento con los fines anteriormente expuestos.

El tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de que, podrá no prestar su consentimiento para la finalidad promocional anteriormente indicada bien revocarlo en cualquier momento, así como que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en el domicilio social sito en la Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia entidad, Plus Ultra Seguros.

SUBSANACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro).

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente Contrato de Seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.