

**Póliza del Contrato de Seguro de
ACCIDENTES CONVENIO PYME (136)**

entre

VIVERS TER, SA

y

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Nº 032441504



CONDICIONES PARTICULARES

Datos Identificativos

Tomador del seguro **VIVERS TER, SA** c.i.f.: A17217811
CL. PARATGE MINES DEL SANT PARE S/
17160 ANGLES

Póliza y duración **Póliza nº:** 032441504
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/04/2013 hasta las 24 horas del 31/03/2014.
Renovable a partir del 01/04/2014.
Prima correspondiente al periodo de validez inicial del seguro del 01/04/2013 hasta el día 01/04/2014.

Las primas sucesivas se satisfarán anticipadamente por periodos ANUALES a partir de 1/4.

Mediador **IRENE RUBIO CATALA** 642 0021980
Agente de Seguros Exclusivo. Nº DGS C010940344565N
SANTA EUGENIA 5 prpal. 2
17001 GIRONA
Tel: 972213003
pa704562@allianzmed.es

Asegurado Según impreso TC-2

Riesgo NATURALEZA DEL RIESGO:
CENTROS DE JARDINERIA -ESTATAL- (9916115)

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA:
JARDINERIA

NUMERO DE PATRONAL: 17/1109369-11

NUMERO DE ASEGURADOS: 4

PRIMA NETA ANUAL POR ASEGURADO: 7,02
PRIMA NETA MENSUAL POR ASEGURADO: ,59

RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL POR ASEGURADO
MUERTE POR ACCIDENTE 24 HORAS	18.000,00 EUROS
MUERTE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	18.000,00 EUROS
GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE 24 HORAS	18.000,00 EUROS
GRAN INVALIDEZ POR ENFERM. PROFESIONAL	18.000,00 EUROS

- Cláusulas**
- Tendrán la consideración de asegurados todas las personas que en cada momento estén dadas de alta como empleados del Tomador del Seguro en la Seguridad Social.
No obstante, a efectos de validez de la cobertura en caso de siniestro, se estará a lo dispuesto en la cláusula correspondiente a FECHA DEL SINIESTRO.
 - PRIMA MÍNIMA:**
Se establece que, en ningún caso, la prima neta correspondiente a cada periodo de pago podrá ser menor de 36 euros. A esta prima se añadirán los gastos y accesorios correspondientes.
 - BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:**
Salvo designación expresa en el Convenio Laboral origen de esta póliza, o en testamento o escrito dirigido por el asegurado al Tomador, tendrá tal consideración los herederos legales del asegurado.
 - REGULARIZACIONES DE PRIMA- BASE DE CÁLCULO**
La base de cálculo de la prima se establece de acuerdo con los impresos TC1 y/o TC2 (o los que en el futuro puedan sustituirlos), que recogen el número y relación nominal de trabajadores.

Estos impresos serán facilitados a la Compañía por el Tomador. Al término de cada periodo de seguro, se sumarán los totales obtenidos según el proceso anterior, de los doce meses que comprende la anualidad considerada, constituyendo ese total la base de cálculo de la prima. La prima mínima a cargo del Tomador vendrá constituida por el 75% de la prima regularizable del periodo respectivo. Si la prima aplicada sobre la base de cálculo, al finalizar el periodo de seguro, resulta superior a la prima neta inicial, la Compañía emitirá a cargo del Tomador un recibo complementario de prima por la diferencia. Si resultara inferior, se procederá a la emisión del correspondiente extorno, una vez aplicada la prima mínima indicada anteriormente.

5. TARIFA VIGENTE

Se hace especialmente constar que a cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía Aseguradora.

6. FECHA DEL SINIESTRO:

Para caso de accidente, se incluyen los hechos cuya causa (accidentes) se haya producido durante la vigencia de la póliza y que afecten a trabajadores dados de alta en la plantilla del Tomador (TC2), con independencia de la fecha de resolución laboral.

Para caso de enfermedad, profesional o común, se incluyen los hechos cuya fecha de resolución confirmando la situación de enfermedad, se produzca durante la vigencia de la póliza, siempre que el trabajador afectado no estuviese ya en proceso administrativo o judicial pendiente de dicha resolución en el momento de entrada en vigor del seguro.

7. COMPROMISOS POR PENSIONES:

El presente contrato de seguro se rige, además de por las normas legales generales de seguros, por el Real Decreto 1588/1999 de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la Instrumentación de los compromisos por pensiones de la empresa con los trabajadores; por el Real Decreto 1589/1999 de 15 de octubre, que modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones; y por la Ley 8/1987 de 8 de junio, reguladora de Planes y Fondos de Pensiones. Este contrato de seguro de accidentes, instrumenta los compromisos por pensiones asumidos por el Tomador, en calidad de empresa o empresario, para su personal en activo, que compone el grupo asegurado, según dispone el vigente convenio colectivo al que están sujetos, en lo referido a las coberturas de accidentes personales. Debido a la naturaleza de este contrato, no existen valores garantizados, por lo que no proceden derechos de rescate, reducción y anticipo.

8. MUERTE POR ACCIDENTE 24 HORAS:

Se garantiza el fallecimiento del asegurado como consecuencia de los accidentes que pueda sufrir, tanto en el ejercicio de su profesión o actividad laboral declarada en Condiciones Particulares, como durante su vida privada.

9. GRAN INVALIDEZ POR ACCTE. 24 HORAS:

Por la presente póliza se garantiza la Gran Invalidez que se derive tanto del ejercicio de la profesión o actividad laboral y sea declarada legalmente como accidente de trabajo, como de los accidentes producidos en la vida privada del asegurado y sean declarados como no laborales. En ambos casos, el Asegurador liquidará el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

10. INCAPACIDAD PERMANENTE POR ENFERMEDAD COMÚN O PROFESIONAL

La presente cobertura tiene por objeto garantizar la prestación de Incapacidad Permanente pactada en las Condiciones Particulares de la póliza, y cuyo motivo sea la enfermedad común o profesional. Se entiende como tal Incapacidad, aquella invalidez cuya causa no es un accidente y sea declarada como enfermedad (común o profesional) por la Autoridad Laboral competente durante la vigencia del seguro. Se exceptúan de la cobertura, los casos en los que los asegurados se encuentren en proceso administrativo o judicial, pendientes de resolución por Invalidez, a la fecha de entrada en vigor de la póliza.

11. INCAPACIDAD PREEXISTENTE:

En aquellos siniestros que produzcan una incapacidad que pueda ser relacionada con la que el asegurado tuviera al contratarse la póliza, la indemnización será satisfecha solamente sobre la incapacidad producida por el siniestro, sin tener en cuenta la agravación que para el estado del asegurado representa la concurrencia de ambas incapacidades.

12. Se hace constar que, con independencia de las coberturas establecidas en cada momento por el Convenio Colectivo que sirve de base para esta

póliza, por medio de este contrato se garantiza asimismo un capital adicional de 6.000 euros en caso de Gran Invalidez por accidente, como importe para ayuda a acondicionamiento de vivienda, cuidados especiales, etc.
 Para tener derecho a esta prestación, se requiere reconocimiento del grado de Gran Invalidez derivada de accidente por parte de la Autoridad Laboral competente, no siendo necesaria justificación sobre el uso dado al importe abonado.

Primas	Ref. : 232938763	Prima Neta	36,00
	Periodo: de 01/04/2013 a 31/03/2014	IPS (6%)	0,00
	Periodicidad del pago: Anual	Recargos	0,05
		Consortio	0,36
		Total Recibo	36,41

Domicilio de cobro A petición del Tomador del Seguro, el recibo de prima correspondiente será **presentado al cobro** en: **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA, S. N° de Cuenta: 0182 3491 95 ****508966**

Servicios para el Asegurado Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador **IRENE RUBIO CATALA**

Teléfono **972213003**

También a través de su e-mail pa704562@allianzmed.es

Para consultas y cuestiones administrativas

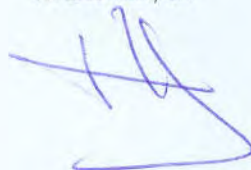
El **Centro de Atención al Cliente** de Allianz **902 300 186**
 (de lunes a viernes laborables, de 8:15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas)

También a través de su web www.allianz.es

El Tomador del seguro declara recibir, conjuntamente con este documento, las Condiciones Generales Ed. Mayo 2004 aplicables a este contrato. A petición del Tomador del Seguro el recibo de prima correspondiente al primer período será presentado al cobro en la Entidad de Crédito indicada en estas Condiciones. Se hace constar expresamente que sin el pago de ese primer recibo este documento carece de validez y la Póliza no se considerará formalizada.

Emitido en GIRONA 18 Marzo 2013.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
 El Tomador
VIVERS TER, SA



Por mi mediación,
 El Mediador
IRENE RUBIO CATALA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.



Seguro de Accidentes Convenio Pyme

CONDICIONES GENERALES

(Ed. Mayo 2004)

PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1980, al 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 y al Real Decreto 2486/1998 por el que se aprueba el Reglamento de ordenación y supervisión de seguros privados, y a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas intentando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

DEFINICIONES

- 1. El Tomador del Seguro**, la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza y suscribe el contrato con el Asegurador.
- 2. El Asegurado**, cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.
- 3. Los Coaseguradores**, los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.
- 4. El Asegurador**, ALLIANZ Seguros y Reaseguros S.A, que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro.
- 5. El Beneficiario**, la persona física o jurídica que tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del
- 8. Carencia**, el período durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías no surte efecto.
- 9. Accidente**, lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
- 10. Siniestro**, todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.
- 11. Suma Asegurada**, el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro.

Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la

Allianz 

CAPÍTULO I

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA EL ASEGURADOR

La Compañía Aseguradora garantiza la realización de las prestaciones previstas para compensar el interés asegurado en caso de siniestro.

Artº. 2º. RIESGOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADOR

A) INTERÉS ASEGURADO

A.1 El cumplimiento de los compromisos de

que éstas últimas produzcan, la malaria, el tífus exantemático, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño y similares.

- j) Los derivados del uso de medios normales de locomoción terrestre utilizando como pasajero o conductor (**siempre que se esté en posesión de la autorización administrativa correspondiente**) toda clase de vehículos automóviles, furgonetas o camiones y motocicletas.

Los ocurridos como pasajero en viajes marítimos en buques de pasajeros y los accidentes de aviación sufridos como pasajero de aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de

Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación. Para este supuesto de contratación, queda derogado el artículo 3º en el apartado de enfermedades excluidas.

Riesgo Segundo: Incapacidad Permanente Parcial

Se entiende por Incapacidad Permanente Parcial, la pérdida anatómica o funcional con carácter irreversible de cualquier órgano o miembro, sobrevenida a consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente o, si se ha contratado, de enfermedad profesional.

La situación de incapacidad permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución médica.

1. Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo:

Si el accidente tiene como consecuencia la incapacidad permanente parcial y ésta es declarada legalmente como accidente de trabajo, el Asegurador abonará el porcentaje determinado por dicha Resolución sobre el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

2. Derivada de Accidente No Laboral:

Como en el supuesto anterior, el Asegurador abonará el porcentaje determinado por la Resolución Laboral, sobre el capital estipulado en las Condiciones Particulares.

3. Derivada de Enfermedad Profesional:

Siempre que sea reconocida como tal por la Resolución Laboral, el Asegurador liquidará el porcentaje determinado por la Seguridad Social, sobre el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad.

Riesgo Tercero: Incapacidad Permanente Total

Se entiende como tal, la incapacidad definitiva del Asegurado para seguir desarrollando la profesión que ejercía en el momento del accidente.

1. Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo:

Si el accidente de trabajo, tiene como consecuencia la invalidez permanente total para la profesión habitual y ésta es declarada legalmente como tal, el Asegurador liquidará el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

2. Derivada de Accidente No Laboral:

Cuando legalmente se determine el grado de incapacidad permanente total derivada de accidente no laboral, el Asegurador abonará el capital fijado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad.

3. Derivada de Enfermedad Profesional:

Siempre que sea reconocida legalmente como tal, el Asegurador liquidará el capital fijado para este supuesto en Condiciones Particulares.

Riesgo Cuarto: Incapacidad Permanente Absoluta

Se entiende como tal, la incapacidad genérica del Asegurado para desarrollar cualquier tipo de trabajo con independencia de su profesión.

1. Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo:

Si el accidente de trabajo, tiene como consecuencia la

incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión **y ésta es legalmente declarada como tal**, el Asegurador liquidará el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

2. Derivada de Accidente No Laboral:

Cuando legalmente se determine el grado de incapacidad permanente absoluta derivada de accidente no laboral, el Asegurador abonará el capital fijado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad.

3. Derivada de Enfermedad Profesional:

Siempre que sea reconocida legalmente como tal, el Asegurador liquidará el capital fijado para este supuesto en Condiciones Particulares.

Riesgo Quinto: Gran Invalidez

Se entiende por Gran Invalidez, la incapacidad del Asegurado para atender a las necesidades más imprescindibles de la vida diaria (tales como comer, desplazarse, vestirse y análogas), precisando de los cuidados de otra persona para su atención.

1. Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo:

Si el accidente de trabajo, tiene como consecuencia una gran invalidez y ésta es declarada legalmente como tal, el Asegurador liquidará el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

2. Derivada de Accidente No Laboral:

Cuando legalmente se determine el grado de Gran Invalidez derivada de accidente no laboral, el Asegurador abonará el capital fijado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad.

3. Derivada de Enfermedad Profesional:

Siempre que sea reconocida legalmente como tal, el Asegurador liquidará el capital fijado para este supuesto en Condiciones Particulares.

B) EXTINCIÓN DEL CONTRATO

El contrato finaliza al término de la anualidad en la que el **Asegurado deje de prestar su servicios para el Tomador del Seguro.**

C) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

- 1. El pago** de los capitales fijados para las diferentes consecuencias del accidente.
- 2. El pago** de las facturas médicas cuando la cobertura de Asistencia Sanitaria esté contratada.

D) ÁMBITO TERRITORIAL

El Seguro es válido en todo el mundo.

Si por Condición Particular se contratan las Garantías de INCAPACIDAD TEMPORAL o ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA, la prestación solo se realizará durante el tiempo en que el Asegurado permanezca en territorio

español.

Si algún asegurado fija su residencia en el extranjero, quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

Artº. 3º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Personas no asegurables:

Aquellos trabajadores que en el momento de la formalización del contrato de seguro, se encuentren en situación de Incapacidad Laboral Transitoria a consecuencia de accidente o enfermedad profesional o hayan iniciado expediente de solicitud de Invalidez Permanente ante la Seguridad Social.

2. Accidentes no laborales excluidos, garantizables por cláusula especial:

Siempre que se haya contratado la cobertura de Accidente no Laboral, tendrán la consideración de accidente mediante la inclusión expresa por cláusula particular y el pago de la oportuna sobreprima, los siguientes hechos:

Actividades deportivas: siempre y cuando se realicen en calidad de aficionado y sin ningún tipo de remuneración: Boxeo, buceo y pesca submarina con oxígeno, escalada, esquí de nieve y náutico, halterofilia, hípica (polo y salto), hockey, judo, kárate, lucha, motonáutica, patinaje, rugby, saltos de trampolín, surf, taekwondo, y cualquier otro deporte no mencionado o de nueva creación, cuyo riesgo pueda considerarse similar a los anteriores.

3. Riesgos y consecuencias que en ningún caso son cubiertos por el Asegurador:

- a) Accidente Laboral o de Trabajo: En esta cobertura se excluyen todos los hechos que no sean declarados legalmente como tales.
- b) Enfermedad Profesional: En esta cobertura se excluyen los supuestos que legalmente no se declaren derivados de enfermedad profesional.
- c) Accidente No Laboral:
 - Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.
 - Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
 - Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
 - Suicidio o tentativa de suicidio.
 - Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente

requerida.

- Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin motor, paracaidismo y similares.

- Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.

- Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración.

- Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.

- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.

- Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos y uso de circuitos. La práctica del boxeo, alpinismo, "puenting", deportes aeronáuticos y otros de similar riesgo. Accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica de pesca en alta mar o caza mayor, salvo pacto expreso en Condiciones Particulares de la póliza.

- Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones: Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.

- Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

- Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.

Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.

- Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura está reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artº. 4º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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:

- 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, aún 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.

I. 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 120 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.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo

para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador 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.

CAPÍTULO II

Siniestros

Artº. 5º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

En caso de siniestro que afecte a alguna de las coberturas contratadas, se establecen las siguientes normas:

A.1 Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo, o de Enfermedad Profesional:

Tanto para Muerte como para Incapacidad Permanente, deberá presentarse la correspondiente resolución firme de la Autoridad Laboral competente, declarando el origen de los hechos como derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, así como las consecuencias definitivas del mismo.

Asimismo, se acreditará la condición de Beneficiario según las normas que sean de aplicación a cada caso, y haber cumplido con los requisitos fiscales para el cobro de la indemnización.

A.2 Derivada de Accidente No Laboral:

1. En caso de Muerte por accidente o Muerte natural:
 - a) Certificado literal de defunción, por el Registro Civil.
 - b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se le ha practicado, o documentos que acrediten la causa del fallecimiento.
 - c) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones debidamente cumplimentado por Hacienda.
 - d) Si existe designación expresa de Beneficiario: el Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades y copia del último Testamento.
 - e) Si no existe designación expresa de Beneficiario, los documentos citados en el párrafo anterior y a falta de éstos, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.
2. En caso de Incapacidad Permanente:
 - a) Certificado médico oficial, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la

misma, con expresión del tipo de Incapacidad resultante del accidente.

- b) Diligencias judiciales o documentos que acrediten la Incapacidad Permanente por accidente.
 - c) Si procede, carta de pago o exención del Impuesto de Donaciones, debidamente cumplimentado por Hacienda.
3. En todos los supuestos:
 - a) Declaración de siniestro.
 - b) Documentos que acrediten la personalidad y condición de Beneficiario.

A.3 Pago de la indemnización:

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. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará la prestación garantizada:

1. En el plazo de cinco días para el caso de producirse el fallecimiento o quedar determinada la invalidez permanente, según lo establecido en este mismo artículo, en sus apartados anteriores.
2. En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.
3. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días antes estipulados, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés del dinero vigente en el momento del devengo e incrementado en el 50 por ciento. A partir de los dos años desde la ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

CAPÍTULO III

Administración de la Póliza

Artº. 6º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro o del

Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento Bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, 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. En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador, quedará 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.

En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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 o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Artº. 7º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares de la póliza se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación.

En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

Artº. 8º. PRIMAS REGULARIZABLES

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se

indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos. Si las inspecciones han sido motivadas por el incumplimiento del deber establecido en el artículo 8.1. de este capítulo, el Asegurador podrá exigir el pago de los gastos causados por dichas inspecciones.
4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del apartado 8.1 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) **Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.**
 - b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales

Artº. 9º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGUROS

14º, 15º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 100º y 101º

Apartado I: Documentación y formalización del contrato de seguro

A) La Póliza es el documento que contiene las Condiciones que regulan el seguro. Se compone de los siguientes textos:

- 1. Condiciones Generales del Contrato de Seguro:** Regulan los derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato, así como los aspectos referidos a la modalidad de seguro correspondiente y la cobertura que garantiza el Asegurador.
- 2. Condiciones Particulares:** Señalan los datos propios e individuales de cada contrato y recogen las cláusulas especiales que por voluntad de las partes completan o modifican las Condiciones Generales, dentro de los límites legales.
- 3. Suplementos:** Modificaciones, aclaraciones o adiciones hechas a las Condiciones Generales y Particulares, con posterioridad a la celebración del contrato y de acuerdo con el Tomador del Seguro.

B) Bases del contrato:

Las declaraciones formuladas por cada Asegurado, de acuerdo con el Boletín de Adhesión (que contendrá las declaraciones de salud, así como el reconocimiento médico, si procede) debidamente cumplimentados junto con la póliza, constituyen un todo unitario base del seguro.

El Asegurado quedará exonerado de efectuar las declaraciones a las que se refiere el párrafo anterior, si no se le presenta Boletín de Adhesión, o cuando, aún presentándose, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Si el contenido de la póliza o del Certificado Individual difiere del Boletín de Adhesión o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza o, en su caso, del Certificado Individual a fin de que se subsanen las posibles divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en los documentos citados anteriormente.

Lo especificado en este Artículo 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.

C) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima y firmar la póliza.

Solo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor, y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

D) El Tomador y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador la suscripción de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona.

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º,

Apartado II: Duración del contrato de seguro

A) Entrada en vigor:

El seguro se inicia en el día y la hora indicados en las Condiciones Particulares, si en aquel momento se halla firmada la póliza por ambas partes contratantes y el primer recibo de prima satisfecho.

En caso contrario, dicho inicio se traslada a las veinticuatro horas del día en que se produzca el cumplimiento de las dos condiciones indicadas en el párrafo anterior.

B) Duración del contrato:

La duración del contrato se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento se prorroga por períodos no superiores a un año, si así se especifica en las mismas.

El Tomador del Seguro y el Asegurador podrán oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita con DOS MESES de antelación a la conclusión del período de seguro.

C) Si la parte que recibe la notificación no se opone a la resolución en el plazo de quince días desde la recepción de la misma, el contrato quedará resuelto.

D) En cualquier caso, el Asegurador deberá reintegrar al Tomador del Seguro la parte de la prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución del contrato y la expiración del período del seguro cubierto por la prima satisfecha.

E) La resolución del contrato, efectuada de acuerdo con lo previsto en este artículo, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros "ocurridos".

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, y 22º

Apartado III: Modificación del contrato de seguro

A) Agravación del riesgo asegurado:

- 1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias 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 celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro o el Asegurado.**
- 2. El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador 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 la rescisión definitiva.**
- 3. El Asegurador podrá, además de lo previsto anteriormente, rescindir el contrato comunicándolo por**

escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hubieran efectuado su declaración y sobreviniese un siniestro, el Asegurador quedaría liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado hubieran actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

B) Disminución del riesgo asegurado:

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 para el Tomador del Seguro o el Asegurado.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse 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.

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 10º, 11º, 12º y 13º

Apartado IV: Actuación en caso de siniestro

A) Comunicación del Siniestro:

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en Condiciones Particulares un plazo más amplio.

En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

B) Deber de minorar las consecuencias del siniestro:

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para minorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

CONSULTA DE LA LEY: ARTS. 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 88º, 100º, 102º, 103º y 104º

Apartado V: Otras cuestiones de interés

A) Principio de la buena fe:

La ley prevé diversas situaciones que cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la reducción proporcional de la prestación, la exención de la obligación de realizar la prestación e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro y el Asegurado realizan declaraciones incorrectas, especialmente en lo que se refiere a su edad y estado de salud; cuando se ocultan datos y en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

B) Comunicaciones entre las partes:

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante teléfono o por correo electrónico.

Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Acreedor se dirijan al Asegurador, pueden hacerlo a su domicilio social, o al de sus sucursales. Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente al Asegurador o bien a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.

El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, el Asegurado o el Acreedor.

C) Prescripción de acciones:

Las acciones para exigir derechos derivados de este contrato prescriben a los cinco años.

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El Mediador de Seguros, IRENE RUBIO CATALA
teléfono 972213003, e-mail pa704562@allianzmed.es ,o dirección postal SANTA EUGENIA 5 prpal. 2 , 17001 GIRONA .
2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.

E) Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del

Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de

Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

CLÁUSULA FINAL

A petición del Tomador del Seguro el recibo de prima correspondiente al primer período será presentado al cobro en la Entidad de Crédito indicada en estas Condiciones. Se hace constar expresamente que sin el pago de ese primer recibo este documento carece de validez y la Póliza no se considerará formalizada.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona; teléfono 902 300 186; fax 902 33 36 39; email lopd@allianz.es

El firmante autoriza expresamente, al tratamiento de dichos datos por la Compañía los cuales son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. Asimismo autoriza el tratamiento de sus datos con fines publicitarios y de prospección comercial y la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés, incluso con posterioridad al fin de la relación contractual, y salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora que constan en este documento.

Con respecto a los datos de salud, con el fin de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que los mismos sean tratados por la entidad aseguradora.

El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera de médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios, tanto para la suscripción de la póliza como con ocasión de un siniestro o presunto siniestro declarados, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos en archivos de su responsabilidad, pero sin que ello implique su renuncia a alegarlos en juicio como prueba, en caso necesario.


El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El Tomador del Seguro y el Asegurado reconocen haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro Accidentes Convenio Pyme, que consta de 9 artículos, en 17 páginas y aceptan las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declaran expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por el Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en GIRONA 18 Marzo 2013.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
VIVERS TER, SA

Por mi mediación,
El Mediador
IRENE RUBIO CATALA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

 **vivers ter, s.a.**
Ptge. Miras s/n. Pare, s/n.
Ap. Correus. 30 - 17160 Anglès
Girona - Espanya
NIF: A-17217811



Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

www.allianz.es

Teléfono 902 23 26 29

Cl. Tarragona 109

08014 Barcelona

R.M. de Barcelona, Tomo 41520, Folio 49, Hoja B 393781. NIF A-28007748



Certificado de Calidad
en el diseño y contratación
de seguros y la gestión
de siniestros.



Detalle de movimiento

Importe: -40,43 EUR

Oficina : 3491

País : ES

Fecha de operación : 03/04/2017

Nº Cuenta : ES2601823491920101508279

Fecha valor : 03/04/2017

Banco : BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S.A.

Código : 0632

Divisa : EUR

Información adicional : RECIBO ALLIANZ SEGUROS

Observaciones : N 2017088000411251 ALLIANZ SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
Situación : Cargado sin saldo

Fecha del cargo : 03/04/2017

Deudor : VIVERS TER, SA

Referencia del mandato : 000625953841

Id acreedor : ES28100A28007748

Número de adeudo : 2017088000411251

Esquema : CORE

Acreedor : ALLIANZ SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Fecha vencimiento : 03/04/2017

Concepto :
POL:032441504/00000RECIBO:946755065PRIMA:40,01IPS:0,0
ORCGO:0,06CONS:0,36TOT:40,4301-04-2017AL01-04-
2018.ACCID.CONVENIO.FP:ANUAL