

Empresas

Condiciones de su
Contrato de Seguro

Póliza N°
031278394

Allianz Seguros

Accidentes Convenio

www.allianz.es

GRANOLLERS 28 Noviembre 2018

Tomador de la Póliza

SERVOBIAT S.L.

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

JOSE PIRIS BARRIENTOS

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

Contigo de la A a la Z

Allianz 

www.allianz.es/eCliente

SUMARIO

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

CAPÍTULO I

Datos identificativos 3

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro 7

CAPÍTULO III

Siniestros 13

CAPÍTULO IV

Administración de la Póliza 14

CAPÍTULO V

Cuestiones fundamentales 15

LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, Ley Orgánica de Protección de datos vigente, Ley 26/2006 de mediación de seguros y reaseguros privados, normativa reguladora de la actividad del consorcio de compensación de seguros, a las modificaciones y adaptaciones de la mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias así como a cualquier otra legislación que le sea de aplicación durante su vigencia.

La póliza de seguro está compuesta por las condiciones particulares, las condiciones generales, y los anexos a las mismas, y ha sido redactada de forma clara y precisa a fin de facilitar su comprensión.

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Accidentes Convenio

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro SERVOBIAT S.L. c.i.f.: B62495015
AV DEL PLA -CASA TOMAS-, 1
08185 LLIÇA DE VALL

Póliza y duración Póliza nº: 031278394 Suplemento nº 5
Duración: Desde las 00:00 horas del 09/11/2018 hasta las 24 horas del 31/08/2019.
Renovable a partir del 01/09/2019.
A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la Póliza de Seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes Condiciones
Las primas sucesivas se satisfarán anticipadamente por periodos ANUALES a partir de 1/9.

Siendo la prima neta anual de 1.027,64 euros a la que se aplicará las correspondientes tasas y recargos legalmente repercutibles.

El presente contrato queda establecido de conformidad a la recopilación que del mismo se efectúa, siendo aceptado su contenido por el Tomador del seguro.

La/s cláusula/s especiales incluidas en la póliza y/o anteriores suplementos quedan sustituidas por las que figuran en estas Condiciones Particulares.

Mediador JOSE PIRIS BARRIENTOS 507 0015092
Agente de Seguros Vinculado. Nº DGS AVF00022GC
AV CATALUNYA 5
08185 LLIÇA DE VALL
Tel: 938437326
jpiris@jpiris.com

Asegurado Según impreso TC-2

Asegurador Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio social en Cl. Ramírez de Arellano 35. 28043 Madrid.

Riesgo NATURALEZA DEL RIESGO:
CONSTRUCCION Y OBRAS PUBLICAS -BARCELONA- (08001065011994)

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA:
construcciones

NUMERO DE PATRONAL: 08137421340

NUMERO DE ASEGURADOS: 13

PRIMA NETA ANUAL POR ASEGURADO: 79,05
PRIMA NETA MENSUAL POR ASEGURADO: 6,59

RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL POR ASEGURADO
MUERTE NATURAL	2.000,00 EUROS
MUERTE POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 EUROS
MUERTE POR ACCIDENTE NO LABORAL	2.000,00 EUROS
MUERTE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 EUROS
INCAP. PTE. TOTAL POR ACC. LABORAL	28.000,00 EUROS

INCAP. PTE. ABSOLUTA POR ACC. LABORAL	47.000,00 EUROS
GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 EUROS
INCAP. PTE. TOTAL POR ENFERM. PROFESIONAL	28.000,00 EUROS
INCAP. PTE. ABSOLUTA POR ENFERM. PROFES.	47.000,00 EUROS
GRAN INVALIDEZ POR ENFERM. PROFESIONAL	47.000,00 EUROS

Ciáusulas

1. 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.
2. PRIMA MÍNIMA:
Se establece que, en ningún caso, la prima neta correspondiente a cada periodo de pago podrá ser menor de 45 euros. A esta prima se añadirán los gastos y accesorios correspondientes.
3. 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.
4. 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
A cada vencimiento de la póliza se procederá a la actualización de las primas, incorporándose a las mismas los ajustes necesarios para garantizar la suficiencia de las tarifas. Asimismo, se aplicarán también los ajustes necesarios para constituir las provisiones técnicas que se adecuen a lo dispuesto en la normativa vigente sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
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. MOTIVO DEL SUPLEMENTO:
AMPLIACION NUMERO DE ASEGURADOS A 13 TRABAJADORES.

9. MUERTE NATURAL O POR ENFERMEDAD:

Se entiende por Muerte natural o por enfermedad, el fallecimiento debido a cualquier causa no accidental. Se excluye en todo caso el suicidio.

Si el asegurado fallece de forma natural o por enfermedad no existente a la fecha de entrada en vigor de las coberturas de la póliza, el Asegurador abonará el capital señalado para esta Garantía en el Convenio Laboral objeto de este seguro.

Si el fallecimiento sobreviene después de haberse indemnizado por cualquier tipo de Incapacidad por enfermedad, se abonará por esta Garantía de Muerte Natural la diferencia entre el capital asegurado para esta cobertura y el percibido en su momento por Incapacidad, siempre que la diferencia sea positiva.

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.

Primas	Ref. : 343278985	Prima Neta	361,03
	Período: de 09/11/2018 a 31/08/2019	IPS (6%)	0,00
	Periodicidad del pago: Anual	Recargos	0,54
		Consorcio	0,14
		Total Recibo	361,71

Domicilio de cobro

A petición del Tomador del Seguro, el recibo de prima correspondiente será presentado al cobro en: **BANCO DE SABADELL, S.A. (BSABESBXXX) N° de cuenta IBAN: ES-05-****-****-**-*****2528** utilizando como referencia la orden de domiciliación **000254847280** Cualquier modificación posterior de n° de cuenta IBAN se entenderá automáticamente autorizada, sin perjuicio de que se aporte la autorización expresa por parte del mediador.

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 **JOSE PIRIS BARRIENTOS** **938437326**
 Teléfono
 También a través de su e-mail jpiris@jpiris.com

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
Línea para Reclamaciones: 900 225 468

Emitido en GRANOLLERS 28 Noviembre 2018.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
SERVOBIAT S.L.

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



[Faint, illegible text, likely a stamp or watermark]

CAPÍTULO II

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.

Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, la cantidad máxima a abonar por un mismo accidente será de 27.000.000 de euros.

Artº. 2º. RIESGOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADOR**A) INTERÉS ASEGURADO**

A.1 El cumplimiento de los compromisos de aseguramiento de accidentes, contraído por el Tomador del seguro con sus empleados, en virtud de la obligación contractual derivada del Convenio Laboral que afecta a los mismos. De conformidad con lo indicado por el Convenio aplicable en cada caso, la cobertura puede alcanzar cualquiera de las siguientes modalidades, según quede establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza:

1. **Accidente Laboral o de Trabajo:** Incluye aquel supuesto que sea legalmente declarado como tal.
2. **Enfermedad Profesional:** Incluye el hecho declarado legalmente como tal.
3. **Accidente No Laboral:** queda amparado el hecho englobado en la definición de Accidente que figura en estas Condiciones Generales, así como los siguientes, siempre que se produzcan de forma no intencionada:
 - a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos.
 - b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado.
 - c) Las luxaciones, los desgarros y las distensiones musculares o de tendones, incluso si son consecuencia de un súbito y brusco esfuerzo propio.
 - d) Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto en póliza.
 - e) La asfixia por inmersión.
 - f) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
 - g) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos realizados para salvar personas o bienes.

- h) Los accidentes que tengan su origen en vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o mentales, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias o patologías no se hubieran puesto de manifiesto con anterioridad a la contratación de la póliza.
- i) Las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas últimas produzcan, la malaria, el tífus exantemático, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño y similares.
- j) Los derribados 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 pasajeros, salvo lo indicado en el apartado f de las exclusiones.

A.2 La indemnización o prestación como consecuencia de alguna de las siguientes garantías cubiertas por la póliza cuando expresamente figuren en las Condiciones Particulares:

Riesgo Primero: Muerte

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de MUERTE, si ésta es superior.

1. MUERTE POR ACCIDENTE LABORAL O DE TRABAJO

Si el accidente tiene como consecuencia la muerte del Asegurado y ésta es declarada legalmente accidente de trabajo, el Asegurador pagará a los Beneficiarios el capital establecido en Condiciones Particulares para esta garantía y modalidad de contratación.

2. MUERTE POR ACCIDENTE NO LABORAL

Si la muerte por accidente es consecuencia de actividad no laboral y por tanto no encajable en la modalidad de cobertura anterior, el Asegurador pagará a los Beneficiarios el capital establecido en Condiciones Particulares para esta garantía y modalidad de contratación.

3. MUERTE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

Siempre que por la Seguridad Social se haya reconocido como tal, para la industria explotada por el Tomador del Seguro, el Asegurador pagará a los

Beneficiarios el capital estipulado en Condiciones Particulares para esta cobertura y modalidad de contratación.

4. MUERTE NATURAL

En los supuestos de muerte del Asegurado no debida a accidente ni a enfermedad profesional, el Asegurador pagará a los Beneficiarios el capital estipulado en 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, sobrevinida a consecuencia de las secuelas derivadas de un hecho cubierto por la póliza.

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.

En caso de accidente laboral o de enfermedad profesional, se considerará que se produce la incapacidad permanente parcial cuando haya una resolución de la Autoridad Laboral competente que declare dicha incapacidad permanente parcial.

En caso de accidente no laboral o enfermedad común, se entenderá que existe esta circunstancia cuando médicamente sea valorada y aceptada como tal por el Asegurador.

En todos los supuestos, la indemnización a abonarse será la que corresponda de aplicar el siguiente baremo sobre el capital asegurado para esta Garantía:

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLÓGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores 100 %
Estado vegetativo persistente 100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje) 40%
Amnesia completa de fijación 40%
Epilepsia posttraumática con necesidad de tratamiento continuado 20%

SISTEMA OSEO

Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia 15 %
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia 4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional 30%

SISTEMA OLFATORIO

Pérdida parcial de la nariz 10%
Pérdida total de la nariz 25%
Pérdida del olfato (Anosmia) 5%

BOCA

Pérdida de todos los dientes superior e inferior 10%
Amputación total de la lengua 30%
Pérdida del gusto (Ageusia) 5%
Ablación maxilar inferior 25%.

OIDO

Pérdida de una oreja 10%.
Pérdida de las dos orejas 25%.
Sordera total de un oído 15%
Sordera total de los dos oídos 50%

OCULAR

Ceguera de un ojo 30%
Ceguera de los dos ojos 100%

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL

- a) Pérdida completa de movilidad de columna 60%
- b) Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 25%
- c) Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 30%.

COSTILLAS

Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales 10%

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA

Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
Traqueotomizado con cánula 30%.

PULMON

Pérdida de un pulmón 25%.

RIÑÓN

Pérdida de un riñón 25%.
Pérdida de los dos riñones 70%.

BAZO

Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica 20%
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica 10%

APARATO GENITAL FEMENINO

Pérdida de las glándulas mamarias 25%
Pérdida de los ovarios 35%
Pérdida del útero 35%.

Deformación genitales externos femeninos:

- con alteración funcional 40%.
- sin alteración funcional 25%

APARATO GENITAL MASCULINO

Desestructuración del Pene:
- con alteración funcional 40%
- sin alteración funcional 25%.
Pérdida de los testículos 35%

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo	15%	10%
Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:		
- A nivel del brazo	25%	20%
- A nivel del antebrazo-muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio	25%	25%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D) EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies 100%
Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior 100%
Amputación a nivel de la cadera 70%
Amputación por encima de la rodilla 60%
Amputación por debajo de la rodilla 45%

Amputación primer dedo 10%
 Amputación de otro dedo 3%
 Pérdida total de los movimientos de la cadera:
 En posición funcional 30%
 En posición desfavorable 40%
 Pérdida total de los movimientos de la rodilla:
 En posición funcional 20%
 En posición desfavorable 30%
 Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:
 Anquilosis articulación tibia tarsiana:
 En posición funcional 10%
 En posición desfavorable 20%
 Anquilosis subastragalina 5%
 Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez 30%
 Extirpación de la rótula (Patelectomía):
 Total 15%
 Parcial 10%
 Deformidades postraumáticas del pie 10%
 Acortamientos:
 - Hasta 1,5 cm. 2%
 - de 1,5 cm. a 3 cm. 5%
 - de 3 cm. a 6 cm. 10%
 - más de 6 cm. 15%
 Parálisis completa del nervio ciático 60%
 Parálisis completa del nervio ciático poplíteo externo 25%
 Parálisis completa del nervio ciático poplíteo interno 15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

- Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
- Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.
- La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

Defectos físicos existentes antes del accidente:

- La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
- La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

La indemnización por esta Garantía no es compatible con la indemnización que pudiera corresponder por alguna otra

cobertura de Incapacidad Permanente.

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.

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1. **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 derecho a la prestación garantizada.
6. **Prima**, el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
7. **Franquicia deducible**, es la cantidad, porcentaje o período de tiempo expresamente pactado, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.
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.

E) 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.

F) 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.**

G) 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; Trapeceistas, 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.
- Sinistros 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

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

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

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, 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, incluidas las producidas por los embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tomados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
 - b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
 - c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por

hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuosas producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a

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

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

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

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 Últimas 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 IV

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 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.

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 V

Cuestiones fundamentales

Artº. 9º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGUROS**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, 14º, 15º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 100º y 101º

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 proroga 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) 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 aminorar las consecuencias del siniestro:

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar 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, JOSE PIRIS BARRIENTOS teléfono 938437326, e-mail jpiris@jpiris.com, o dirección postal AV CATALUNYA 5, 08185 LLIÇA DE VALL.
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.
Línea para Reclamaciones: 900 225 468

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.

G) Restricción por sanciones económicas Internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Finalidad	Contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro.
Legitimación	Ejecución de un contrato.
Destinatarios	Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la Información adicional.
Procedencia	El interesado a través del mediador de seguros.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante ha consentido expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios para la contratación del seguro, y adicionalmente consiente para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial.
NO
- Cesión a las demás entidades del GRUPO Allianz en España (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan ser de su interés.
NO
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada.
NO

CLÁUSULA FINAL

El Tomador y/o asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de Accidentes Convenio, que consta de 9 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados. Asimismo, el Tomador del Seguro declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, el tomador solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su aceptación y al pago de la prima.

Igualmente, el Tomador del Seguro declara que los datos que ha suministrado son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA)

suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostentan la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

Por último, el Tomador de Seguros declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulados en el Capítulo VII y Capítulo VI de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras respectivamente, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros.

Ambas partes consideran el texto del presente contrato como un todo indivisible, así como que las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y/o Apéndices que se emitan, constituyen la Póliza no teniendo validez ni efecto por separado, otorgando, así, su pleno consentimiento en GRANOLLERS 28 Noviembre 2018.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
SERVOBIAT S.L.

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





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

Atención al Cliente
Tel. 902 300 186

www.allianz.es/eCliente



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



Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Cl. Ramírez de Arellano 35 - 28043 Madrid - www.allianz.es
NIF A-28007748

Su mediador de seguros en Allianz

Allianz

JOSE PIRIS BARRIENTOS

Agente de Seguros Vinculado. Nº DGS AVF00022GC

AV CATALUNYA 5
08185 LLIÇA DE VALL
Tel: 938437326

jpiris@jpiris.com

Contigo de la A a la Z

Allianz



Adeudo directo
FRST Core

Fecha	Clave Oficina	Oficina	Referencia única
03-09-2019	901	PARETS DEL VALLES-OP Timestamp 2019-09-03-00.33.12.083571	000254847280
Nombre del acreedor		Referencia del adeudo	
ALLIANZ SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.		818460381	
Identificación del acreedor		Nombre del último acreedor	
ES28100A28007748		Nombre último deudor	
Nombre del deudor		Banco acreedor	
SERVOBIAT S.L.		BSCHESHXXXX	
POL: 031278394/00000RECIBO: 818460381PRINA: 1.077,99IPS: 0,00RCGO: 1,62CONS: 1,83TOT: 1.081,4401-09-2019AL01-09-2020.			
ACCID. CONVENIO. FP: ANUAL			
Importe EUR	Comisión EUR	Valoración	
1.081,44	0,00	03-09-2019	00 0000
IBAN			
ES05 0081 0074 4100 0125 2528			

SERVOBIAT SL
AV PLA , - SN CASA TOMAS
08185 LLIÇA DE VALL (BARCELONA)

Para cualquier aclaración puede dirigirse con esta nota de adeudo a la entidad indicada, que es la que nos ha facilitado esta información.

0M252E-190903-E-0ND-08BE-0400-02-084592-054420-1M118CON

