



Convenios sectorial

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y
AGD, S.L.



Plus Ultra Seguros, compañía del **Grupo Catalana Occidente**, le agradece su confianza y le facilita su contrato con las coberturas y prestaciones acordadas.

En el caso de que tenga alguna duda en cuanto a las condiciones o garantías del contrato, o desee más información, puede ponerse en contacto con su mediador -cuyos datos figuran en este documento-, quien le asesorará en todo lo que necesite.

Por último, le recordamos que también tiene a su disposición nuestro teléfono de contacto donde le atenderemos en todo lo que pueda necesitar, así como el área e-cliente, a la que puede acceder a través de nuestra página web, y desde donde podrá realizar cualquier tipo de consulta.



917 83 83 83



www.plusultra.es



e-cliente

Convenios sectorial

Convenios sectorial

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **AGD, S.L.**

Índice

Condiciones particulares	2
Condiciones especiales	6
Condiciones generales	29

Datos compañía

Plus Ultra, Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal NIF:
A-30014831 - inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 97987



Condiciones particulares

Convenios sectorial

Convenios sectorial

Entidad aseguradora

Plus Ultra, Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Plaza de las Cortes, 8
28014 Madrid

Tomador del seguro

AGD, S.L.
CR RIBES 8, S/N, P.I. CONGOST
08520 LES FRANQUESES DEL VALLES
BARCELONA
NIF B64172794

Agente vinculado - NAE00

AGC AGENTS D'ASSEGURANCES, S.L.
AV. Pi i Margall, 114, BAIX.
08140 CALDES DE MONTBUI
BARCELONA
Teléfono : 938626100

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 00:00 horas del día 29 de diciembre de 2022
Se establece por una duración de un año prorrogable
Forma de pago: anual.
Fecha de vencimiento: 29 de diciembre de 2023

Domicilio de cobro

BANCO DE SABADELL, S.A.
Número de cuenta (IBAN) ES64 0081 0028 6900 0114 1717

Desglose del recibo de prima

Núm. del recibo	421124813-S
Periodo	de 29.12.2022 a 29.12.2023
Prima neta	1.614,87€
Consortio	9,19€
Impuestos sobre primas	2,29€
Prima total	1.626,35€

Prima total póliza: 1.626,35 euros

Composición del grupo asegurado

El número total de asegurados de la presente póliza es de: 48

Riesgos de la Póliza

Convenio de Sector

El riesgo reúne las características siguientes:

Familia de Riesgos:	CONSTRUCCION-Varios asegurados
Actividad:	CONSTRUCCION
Forma de contratación:	Innominada
Código de cuenta cotización (C.C.C.):	8.152.164.431
Ámbito de cobertura:	Laboral
Duración:	Anual
Número de asegurados:	48

Declaraciones sobre la actividad del riesgo cubierto en la póliza

El tomador del seguro no declara ninguna situación especial relativa al riesgo que quiera indicar en el presente contrato.

Convenio laboral que regula la actividad

Ámbito aplicación:	BARCELONA
Nº de convenio:	08001065011994
Publicado en Boletín Oficial el:	29.03.2019
Fecha inicio:	28.04.2019

Declaraciones sobre los asegurados cubiertos en la póliza

El número de asegurados indicado más arriba corresponde al total de trabajadores que figuran inscritos en el RGSS (TC2 del último mes) salvo que se indique lo contrario.

El tomador declara que no existen personas a asegurar que:

- Están tramitando un expediente de invalidez por cualquier causa
- Se encuentran desde hace más de 6 meses en situación de incapacidad temporal, por accidente o enfermedad profesional
- Tienen concedida una Invalidez Permanente Total, por cualquier causa
- Son mayores de 69 años
- Están dados de alta en la empresa en un régimen distinto al RGSS, o no cotizan de forma obligatoria

CONDICIONES PARTICULARES**Las coberturas que se contratan son:**

	Ámbito Laboral	Otros ámbitos
Coberturas principales		
Muerte por accidente	47.000€	--
Muerte por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Invalidez Permanente Absoluta por accidente	47.000€	--
Invalidez Permanente Absoluta por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Invalidez Permanente Total por accidente	28.000€	--
Invalidez Permanente Total por Enfermedad Profesional	--	28.000€
Gran Invalidez por accidente	47.000€	--
Gran Invalidez por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Muerte por Enfermedad Común o Accidente no Laboral	1 meses	--
Defensa Jurídica Laboral	--	3.000€

Para las coberturas cuya suma asegurada no viene expresada en Euros, se entenderán limitadas a lo establecido en el Convenio Laboral.

Las indemnizaciones a que puedan dar lugar cada una de las coberturas indicadas como "Coberturas principales" y sus capitales, no son acumulables entre si.

Aclaraciones relativas a la coberturas del convenio**Muerte por enfermedad común o accidente no laboral**

El número de meses asegurados se entienden mensualidades de salario del/la trabajador/a fallecido/a, según cálculo de los emolumentos que componen el importe de "mensualidad" que se determina en el convenio laboral que regula la actividad asegurada.

El precio total por las garantías contratadas es:

Forma de pago	Anual
Prima total	1.626,35€

Desglose de la prima	
Prima neta	1.614,87€
Impuestos	11,48€
Prima total	1.626,35€



Condiciones especiales

Desarrollo de la cobertura de Defensa Jurídica

Mediante esta cobertura el asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del tomador del seguro en el ámbito laboral, en su calidad de empresario o profesional dado de alta en el Régimen de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

Dentro de la cobertura de Defensa Jurídica, son gastos garantizados:

1. Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos
2. Los honorarios y gastos de abogado
4. Los gastos notariales y de otorgamiento de Poderes para Pleitos, así como las Actas, Requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado
5. Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el asegurador
6. La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas

Dentro de la cobertura de Defensa Jurídica, se ofrecen las siguientes garantías:

1. Asesoramiento jurídico telefónico
2. Defensa por supuestos de acoso laboral
3. Defensa por acoso y agresión sexual
4. Defensa social por contratos laborales
5. Defensa ante la Inspección de Trabajo

El asegurado podrá consultar o asesorarse en cualquier momento, sin límite de horario y sin límite de consultas anuales, llamando al Teléfono de contacto.

Definiciones

Entidad aseguradora

La que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato «el asegurador».

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario.

Póliza

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales, las particulares, las especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

Suma asegurada

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Siniestro

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de lesiones o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del asegurado.**

Accidente

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

Accidente laboral

Toda lesión corporal que el asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta, y sea admitida y calificada como "accidente de trabajo" por resolución firme de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Dentro de esta misma definición quedan comprendidos tanto el riesgo de infarto de miocardio como el de accidente "in-itinere", como posibles causas de la muerte o invalidez permanente garantizada por la presente póliza, **siempre y cuando tales hechos sean admitidos y calificados como "accidente de**

trabajo" por resolución firme de la Seguridad Social u organismo laboral o judicial competente.

Accidente no laboral

Toda lesión corporal que el asegurado sufra durante los actos de su vida privada o extra-laboral, y no sea admitido y calificado como accidente de trabajo por la Seguridad Social u organismo laboral competente.

Tendrán la consideración de accidente no laboral:

- **Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un hecho accidental, siempre que no sean provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de actos físicos preexistentes o degenerativos.**
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.
- Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; **sólo cuando el asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.**
- Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, **que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos.**
- La mordedura de todo tipo de animales, inclusive las picaduras de insectos y arácnidos, **pero no las infecciones generales que padezca el asegurado (como la malaria, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, o similares), aun cuando pudieran derivar de dichas causas.**
- Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, **salvo los excluidos expresamente en las condiciones generales de la póliza.**

No tendrá la consideración de accidente no laboral:

- **Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza, incluidas las hernias, los reumatismos, los infartos de miocardio y accidentes cerebro-vasculares, salvo pacto en contrario.**
- **Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.**
- **Los envenenamientos orgánicos e inorgánicos, así como las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.**
- **Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.**
- **La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.**
- **Los hechos provocados intencionadamente por el asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.**

- **Los hechos derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.**

Accidente de circulación

Se considerará como tal, la lesión corporal que sobrevenga al asegurado, derivada de un hecho de la circulación, y adicionalmente:

- **Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento debidamente autorizado para circular.**
- **Como conductor o pasajero de bicicletas, y similares, con o sin motor.**
- **Como conductor de patinete con o sin motor, siempre que la circulación se realice por vías donde según la normativa vigente se permita su circulación.**
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos de líneas regulares o vuelos chárter.
- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**
- **Como conductor de un vehículo automóvil de uso profesional, en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido, y sólo y exclusivamente si se asegura el riesgo de la actividad profesional destinada al transporte de personas o mercancías.**

Asegurado

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

El conjunto de asegurados incluidos en la póliza constituye el llamado "grupo asegurado", el cual, **salvo pacto en contrario**, está formado por los trabajadores vinculados al tomador del seguro que se encuentren dados de alta en el Régimen General de la Seguridad Social, a través del documento TC2 (o documento análogo que lo sustituyera), en el momento de formalizar el contrato, o bien se den de alta en el citado TC2 con posterioridad al efecto de la póliza, y durante su vigencia, comunicándolo al asegurador en la forma prevista.

Asistencia de carácter urgente

Se entiende por asistencia de carácter urgente la asistencia médica que, de no prestarse de forma inminente o inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud

Beneficiario

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

a) Para las contingencias sobre la vida:

El asegurado será el propio beneficiario, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

CONDICIONES ESPECIALES

b) Para el caso de fallecimiento:

Si el Tomador no hubiera efectuado en el contrato una designación expresa de beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado, o pareja de hecho legalmente constituida mediante inscripción en un registro o documento público, o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.

La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

2. Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.

3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.

4. Hermanos del asegurado por partes iguales.

5. Herederos legales.

En caso de fallecimiento, el asegurado podrá designar libremente al beneficiario del seguro; si así no lo hiciere, se estará a lo establecido en el párrafo anterior o en su caso, en el convenio colectivo laboral vigente.

Convenio colectivo laboral

Es el acuerdo suscrito entre los representantes de los trabajadores y de las empresas para fijar las condiciones de trabajo y productividad, en un ámbito laboral determinado.

Asimismo, y según lo establecido en la actual normativa sobre instrumentación de compromisos por pensiones, se entenderá como convenio colectivo laboral no sólo los pactos definidos para las empresas pertenecientes a un sector profesional, o para una empresa en particular, publicados en los boletines oficiales correspondientes, sino otras "disposiciones equivalentes" a los convenios.

Entendiendo por "disposiciones equivalentes", aquellos pactos entre la empresa y todo o parte de su personal, u otros acuerdos, cuya existencia o efectos se hallen documentados de forma admitida en derecho, y en los que las empresas asuman compromisos por pensiones.

A los efectos del presente contrato, toda cobertura de seguro referida o derivada de un "convenio laboral" se entiende que constituye una mejora voluntaria a las prestaciones otorgadas por la Seguridad Social, en su modalidad contributiva, y conforme a lo previsto en la Ley General de la S. Social.

Enfermedad común

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente laboral, accidente no laboral o enfermedad

profesional, conforme se regula en la Ley General de la Seguridad Social.

Enfermedad profesional

Es aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o por cuenta propia en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales, reconocido por la Seguridad Social y publicado en las disposiciones complementarias a la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indica.

Enfermedad preexistente

Es aquella que, desde el punto de vista médico, ya se había manifestado con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza o alta de las coberturas del seguro, aunque no hubiera sido diagnosticada.

Enfermedad crónica

Proceso patológico prolongado en el tiempo (más de 6 meses), que puede cursar con episodios de agudización o agravamiento del mismo proceso.

Enfermedad grave

Oncología (Cáncer, leucemia, linfomas), Psiquiatría (trastornos psicóticos, esquizoides o depresivos mayores), Neurología (epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedades cerebro-vasculares, distrofias musculares), Hematología (aplasia medular grave, granulocitosis y hemoglobinopatías graves), Inmunología (asma bronquial grave, alergias alimentarias graves e inmunodeficiencias), Cardiología (Cardiopatía isquémica con necesidad de bypass, miocardiopatías con disfunción ventricular), Aparato digestivo (enfermedades hepáticas graves, resección intestinal amplia), Nefrología (enfermedad renal crónica en diálisis, síndrome nefrótico), Endocrinología (Diabetes Mellitus Tipo I), Aparato Respiratorio (Fibrosis quística, neuropatías intersticiales, displasia broncopulmonar, hipertensión pulmonar), Desórdenes o alteraciones metabólicas graves, Reumatología (artrosis generalizada, espondilitis, esclerodermia y lupus), Enfermedades infecciosas (VIH / SIDA, tuberculosis, neumonías complicadas, osteomielitis, endocarditis, sepsis), enfermedades terminales, enfermedades mentales, parálisis, apoplejía, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades en la médula espinal, encefalitis letárgica, y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social, o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

Gran invalidez

Se entenderá como tal la situación del asegurado afecto de una incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

La situación de gran inválido será calificada por los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente absoluta

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite por completo al asegurado para toda profesión u oficio, y sea calificada de esa forma por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente total

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite al asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, y sea calificada de esa forma por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente parcial

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al asegurado una disminución en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

El porcentaje de incapacidad permanente declarado para el asegurado vendrá determinado por la Seguridad Social, a partir del dictamen de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades dependiente de este organismo.

En supuestos no calificados por la Seguridad Social, el porcentaje de incapacidad vendrá dado por la aplicación del baremo de Invalidez permanente parcial que figura en "Anexo" en estas condiciones especiales.

Lesiones permanentes no invalidantes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo, causadas por accidentes o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una invalidez permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del asegurado, y sean admitidas y calificadas como tales por la Seguridad Social u organismo laboral o judicial.

Franquicia

La cantidad, expresamente pactada en las condiciones particulares de la póliza, que corre a cargo del asegurado y que, en consecuencia, se deducirá del importe de la indemnización que corresponda en cada siniestro.

Franquicia temporal

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las condiciones particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días

CONDICIONES ESPECIALES

pactados, a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (**o bien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara en el contrato**), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

Plazo de carencia

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza. Asimismo, si la inclusión de la cobertura fuera en fecha posterior a la del efecto de la póliza, el citado periodo de carencia se iniciará a partir del momento de entrada en vigor de la cobertura.

Coberturas

Muerte por accidente

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza. Pudiendo ser:

- 24 horas (en cualquier momento del día)
- laboral
- extra-laboral

2.2. Acreditación de accidente laboral. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, administrativa o judicialmente, que el fallecimiento del asegurado se ha producido por causa de un accidente laboral.

2.3. Acreditación de accidente no laboral (extra-laboral). El tomador o los beneficiarios deberán acreditar fehacientemente que el fallecimiento del asegurado ha sido la consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, siendo éste declarado como accidente no laboral.

2.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada por fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.5. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.**

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la

documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.6. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.7. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

3.1. Con carácter general:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del accidente. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**

3.2. En caso de accidente laboral

- **Certificado de la Mutua Patronal reconociendo el fallecimiento por causa de accidente laboral.**

3.3. En caso de accidente no laboral, se aportará además de lo requerido en el punto 3.1:

- **Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Muerte por Enfermedad profesional

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de una enfermedad profesional se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. Delimitación temporal y fecha del hecho causante. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito laboral, y será satisfecha en razón de la fecha del hecho causante.

Si el convenio laboral al que está referida la actividad asegurada determinara expresamente cuándo debe considerarse la existencia de una enfermedad profesional, como causa origen de la muerte del asegurado, prevalecerá lo indicado en dicho convenio sobre lo dispuesto en el párrafo anterior.

2.2. Acreditación de la enfermedad profesional. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, de acuerdo al dictamen de los organismos dependientes de la Seguridad Social, o por resolución de la jurisdicción laboral, que el fallecimiento del asegurado se ha producido por causa de enfermedad profesional.

2.3. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, siendo ésta consecuencia de la misma enfermedad profesional, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.4. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.**

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.5. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria

resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.6. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en el momento de producirse el hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**
- **Certificado de la Mutua Patronal reconociendo el fallecimiento por causa de enfermedad profesional.**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Invalidez permanente por accidente

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda, **según las normas descritas en los apartados 2 a 5 siguientes**, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado sufre una incapacidad permanente en alguno de los grados definidos en el apartado "Definiciones" de las presentes condiciones especiales.

Con carácter general se define como **invalidez permanente, la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.**

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza. Pudiendo ser:

- 24 horas (en cualquier momento del día)
- laboral
- extra-laboral

2.2. La prestación se garantizará únicamente en base a la suma asegurada de invalidez permanente que corresponda al grado de incapacidad por el cual se han calificado, de forma definitiva, las lesiones sufridas por el asegurado, y siempre que esa invalidez esté garantizada dentro del cuadro de coberturas que figura descrito en las condiciones particulares de la póliza. Pudiendo ser:

- Gran Invalidez
- Invalidez Permanente Absoluta
- Invalidez Permanente Total
- Invalidez Permanente Parcial

3. Sumas aseguradas y baremo de indemnización

3.1. Las incapacidades que den lugar a una invalidez permanente total, o absoluta o gran invalidez del asegurado, darán derecho al percibo del 100% de la suma asegurada suscrita por cada una de las coberturas incluidas en la póliza.

3.2. Invalidez permanente parcial. Para esta cobertura, de estar incluida en la póliza, será de aplicación lo regulado en el "Anexo: Baremo de invalidez permanente parcial" de las presentes condiciones especiales.

3.3. Reconocimiento médico del asegurado. El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir que el asegurador pueda hacer los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el mismo asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

3.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por la cobertura de invalidez permanente, en el grado que se determine, excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No serán, por tanto, acumulables entre sí las indemnizaciones derivadas de invalideces permanentes, lesiones permanentes no invalidantes o fallecimiento del asegurado.

No obstante lo anterior, si después de fijada la invalidez permanente sobreviniere el fallecimiento del asegurado, a consecuencia del mismo accidente, las cantidades satisfechas por el asegurador por la cobertura de invalidez permanente se considerarán a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de muerte, de estar ésta contratada.

4. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el asegurado deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- **Documentación referida a la resolución administrativa de la Seguridad Social, u organismo laboral competente, o sentencia judicial firme, por la cual se califica la invalidez permanente del asegurado.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del accidente. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la Seguridad Social.**
- **En los casos en que la determinación del grado de invalidez corresponda al asegurador, sin vinculación a la resolución de la Seguridad Social, documentación clínica donde se recoja cualquier información sobre las lesiones sufridas.**
- **Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.**

5. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura a cargo del asegurador, en el grado de invalidez que figure contratado, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Invalidez permanente por enfermedad profesional

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda, **según las normas descritas en los apartados 2 a 5 siguientes**, si como consecuencia de una enfermedad profesional garantizada por la póliza el asegurado sufre una incapacidad permanente en alguno de los grados definidos en el apartado "Definiciones" de las presentes condiciones especiales.

Con carácter general se define como **invalidez permanente, la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.**

2. Regulación de la cobertura

2.1. Delimitación temporal y fecha del hecho causante. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito laboral, y será satisfecha en razón de la fecha del hecho causante.

Se entenderá como fecha del hecho causante de la enfermedad profesional, aquella en la que se reconoce administrativa o judicialmente la existencia de la misma.

Si el convenio laboral al que está referida la actividad asegurada determinara expresamente cuándo debe considerarse la existencia de una enfermedad profesional, como causa origen de la invalidez permanente del asegurado, prevalecerá lo indicado en dicho convenio sobre lo dispuesto en el párrafo anterior.

2.2. La prestación se garantizará únicamente en base a la suma asegurada de invalidez permanente por enfermedad profesional que corresponda al grado de incapacidad sufrido por el asegurado, y siempre que esa invalidez esté garantizada dentro del cuadro de coberturas que figura descrito en las condiciones particulares de la póliza. Pudiendo ser:

- Gran invalidez.
- Invalidez permanente absoluta.
- Invalidez permanente total.
- Invalidez permanente parcial.

3. Sumas aseguradas y baremo de indemnización

3.1. Las incapacidades que den lugar a una invalidez permanente total, o absoluta o gran invalidez del asegurado, darán derecho al percibo del 100% de la suma asegurada suscrita por cada una de las coberturas incluidas en la póliza.

3.2. Invalidez permanente parcial. Para esta cobertura, de estar incluida en la póliza, será de aplicación lo regulado en el "Anexo: Baremo de invalidez permanente parcial" de las presentes condiciones especiales.

3.3. Reconocimiento médico del asegurado. El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir que el asegurador pueda hacer los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el mismo asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida a la enfermedad profesional padecida.

3.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por la cobertura de invalidez permanente, en el grado que se determine, excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No serán, por tanto, acumulables entre sí las indemnizaciones derivadas de invalideces permanentes o fallecimiento del asegurado.

No obstante lo anterior, si después de fijada la invalidez permanente sobreviniere el fallecimiento del asegurado, a consecuencia de la misma enfermedad profesional, las cantidades satisfechas por el asegurador por la cobertura de invalidez permanente se considerarán a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de muerte por enfermedad profesional, de estar ésta contratada.

4. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el asegurado deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- **Documentación referida a la resolución administrativa de la Seguridad Social, u organismo laboral competente, o sentencia judicial firme, por la cual se califica la invalidez permanente del asegurado.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la Seguridad Social.**

5. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura a cargo del asegurador, en el grado de invalidez que figure contratado, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Muerte por enfermedad común o accidente no laboral

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente no laboral o enfermedad común, se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez sólo si el hecho causante del fallecimiento se produce durante la vigencia del contrato, y esté calificado como enfermedad común o accidente no laboral (extra-laboral) por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social.

2.2. Acreditación de la causa del fallecimiento. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, administrativa o judicialmente, la causa del fallecimiento del asegurado.

2.3. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, siendo ésta consecuencia de la misma enfermedad común o del mismo accidente no laboral, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.4. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y**

donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.5. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.6. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

3.1. Con carácter general:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en el momento de producirse el hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**

3.2. En caso de accidente no laboral, se aportará además de lo requerido en el punto 3.1:

- **Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad

indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Defensa Jurídica laboral

1. Riesgos cubiertos

1.1. Objeto de la cobertura

El asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del tomador del seguro en el ámbito laboral, en su calidad de empresario o profesional dado de alta en el régimen de autónomos y trabajadores por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

1.2. Prestaciones del asegurador

Son gastos garantizados:

- **Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos.**
- **Los honorarios y gastos de abogado.**
- **Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.**
- **Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado.**
- **Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el asegurador.**
- **La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.**

1.3. Delimitación geográfica de la cobertura

Con relación a las garantías de la presente cobertura, se garantizan los eventos asegurados producidos en España o en Andorra y que sean competencia de juzgados y tribunales españoles o andorranos.

1.4. Vigencia temporal de la cobertura

Sólo se entenderán amparados los casos asegurados que se declaren durante la vigencia de la cobertura o antes de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de la misma.

1.5. Definición y momento de ocurrencia del siniestro o evento

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por siniestro o evento todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión en los intereses del tomador o que modifique su situación jurídica.

CONDICIONES ESPECIALES

Se entiende ocurrido el siniestro o evento:

- a) En las infracciones penales, en el momento en que se ha realizado o se pretende que se ha realizado el hecho punible.
- b) En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, en el momento mismo que el daño ha sido causado.
- c) En los litigios sobre materia contractual, en el momento en que el tomador, el contrario o tercero iniciaron o se pretende que iniciaron la infracción de las normas contractuales.

1.6. Alcance de las garantías

1.6.1. Asesoramiento jurídico telefónico

La aseguradora pondrá a disposición del tomador un abogado para que le informe telefónicamente, en prevención de posibles litigios, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su actividad empresarial o autónoma, así como de la forma en que mejor pueda defenderse.

Queda excluida, en cualquier caso, la consulta sobre temas fiscales, de derecho de sociedades y sobre cuestiones financieras y bancarias.

El asegurado podrá consultar o asesorarse en cualquier momento, sin límite de horario y sin límite de consultas anuales, llamando al Teléfono de contacto que aparece en el dorso del libro de la póliza.

1.6.2. Defensa por supuestos de acoso laboral

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto por supuesto acoso laboral, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social.

1.6.3. Defensa por acoso y agresión sexual

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto por acciones de acoso o abusos sexuales, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social.

1.6.4. Defensa social por contratos laborales

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto laboral, de carácter individual, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social, que deba sustanciarse necesariamente ante los organismos de conciliación, Juzgados de lo social o Tribunal Supremo.

Queda incluida la defensa del titular autónomo o empresa ante la jurisdicción social, con inclusión de la previa vía administrativa, en los litigios promovidos por sus asalariados en relación con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Montepíos y Mutualidades de Previsión Social.

No comprende esta garantía la defensa del tomador del seguro en los procedimientos instados por la Inspección de Trabajo.

1.6.5. Defensa ante la Inspección de Trabajo

Esta garantía comprende la defensa del tomador en los procedimientos instados por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, por supuestas infracciones de la normativa legal aplicable a la empresa de condiciones de trabajo, empleo, seguridad social y seguridad e higiene en el trabajo.

La defensa garantizada comprenderá siempre la vía administrativa. **Incluirá también la vía judicial, cuando el litigio sea por cuantía no inferior a 600 euros o conlleve el cierre del local o el cese de la actividad empresarial o autónoma.**

El tomador responderá directamente del importe de la sanción que, definitivamente, se le imponga, sin que recaiga sobre el asegurador responsabilidad alguna por tal concepto.

2. Límite de gastos por siniestros

El límite de gastos por siniestro a cargo del asegurador para el conjunto de prestaciones indicadas en el punto 1.2 de este grupo de garantías, **es la cantidad, a primer riesgo, fijada en las condiciones particulares.**

Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

En relación con los gastos garantizados, cuando por un mismo hecho sea precisa la activación de varias coberturas, el importe máximo garantizado es el señalado en las condiciones particulares, siendo dicho importe el límite máximo de la cobertura concedida por la aseguradora.

En el supuesto de hacer uso del derecho de libre elección de abogado y procurador, sin utilizar los servicios jurídicos de la compañía, el límite máximo de honorarios y gastos será hasta como máximo del 50% del límite establecido en las condiciones particulares.

3. Pagos excluidos

En ningún caso están cubiertos por este grupo de garantías los siguientes pagos:

3.1. Las indemnizaciones, multas o sanciones a que fuera condenado el tomador.

3.2. Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal, dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los organismos oficiales.

3.3. Los gastos que procedan de una acumulación o reconvención judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.

4. Tramitación del siniestro de defensa jurídica

4.1. Tramitación del siniestro

De conformidad con el artículo 5.2.h. de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, la gestión de los siniestros de defensa jurídica se prestará por Grupo Catalana Occidente Tecnología y Servicios A.I.E., entidad jurídicamente distinta del asegurador. Ningún miembro del personal que se ocupe de la gestión de los siniestros de defensa jurídica ejercerá actividad parecida en otro ramo.

En caso de rehúse del siniestro, si el asegurado no está conforme con el mismo, lo comunicará por escrito al asegurador y podrán ambas partes someter la divergencia al arbitraje previsto en el punto 4.6 de esta cobertura.

En los casos cubiertos por el seguro, aceptado el siniestro, el asegurador realizará las gestiones para obtener un arreglo transaccional que reconozca las pretensiones o derechos del asegurado.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y las características del hecho lo permitan. En este supuesto, el asegurador informará al asegurado de su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio.

En los demás supuestos, aceptado el siniestro, se procederá a la prestación del servicio o al pago de los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

4.2. Disconformidad en la tramitación del siniestro

Cuando el asegurador, por considerar que no existen posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al asegurado.

En caso de disconformidad, podrán las partes acogerse a la conciliación o al arbitraje con arreglo a lo previsto en el punto 4.6 de esta cobertura. El asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con el asegurador, o incluso con el arbitraje, cuando, por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

4.3. Elección de abogado y procurador

El asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento.

Antes de proceder a su nombramiento, el asegurado comunicará al asegurador el nombre del abogado elegido así como el del procurador de los tribunales en los procedimientos en que sea preceptiva su intervención.

Los profesionales elegidos por el asegurado gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados por aquél, sin depender de las instrucciones del asegurador, el cual no responde de la actuación de tales profesionales, ni del resultado del asunto o procedimiento.

En el supuesto de que el elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo de aquél los gastos y honorarios por los desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta.

4.4. Pago de honorarios

El asegurador satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía española y, de no existir estas normas, se estará a lo dispuesto por las de los respectivos colegios.

Las normas orientativas de honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del asegurador. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la comisión competente del colegio de abogados correspondiente.

Los derechos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

4.5. Transacciones

El asegurado puede transigir los asuntos en trámite, pero si ello produce obligaciones o pagos a cargo del asegurador, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

4.6. Solución de conflictos entre las partes

El asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el asegurador sobre esta cobertura.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Si cualquiera de ellas decidiese ejercitar sus acciones ante los organismos jurisdiccionales, deberá acudir al juez del domicilio del asegurado, único competente por imperativos legales.

El límite máximo de indemnización por siniestro a cargo del asegurador, en el supuesto de que dicho siniestro afectase a más de un asegurado de los incluidos en la póliza, será de 6.000.000 de euros. Si el importe total de las indemnizaciones individualmente consideradas, en base a la cobertura que ha dado origen a la prestación, fuese superior al citado límite máximo de indemnización, la cantidad total a indemnizar por el asegurador se repartirá proporcionalmente a la suma asegurada por persona.



Condiciones generales

Marco normativo

La Sociedad Seguros Catalana Occidente S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal (En adelante Seguros Catalana Occidente), tiene su domicilio en Paseo de la Castellana nº4, 28046 (Madrid), siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por:

- **La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.**
- **La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**
- **El Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.**
- **El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**
- **Las condiciones particulares y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla. Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.**

Y por cuantas normas actualicen, complementen o modifiquen las citadas normas.

En caso de discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de la póliza y el asegurador, se estará a lo dispuesto en el apartado "Instancias de reclamación en caso de conflicto" de las condiciones generales de esta póliza.

Adaptación del contrato de seguro al Real Decreto 1588/1999 de instrumentación de compromisos por pensiones:

De conformidad con 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 las empresas con los trabajadores y beneficiarios, el cual desarrolla la Disposición Adicional Primera de la Ley 8/1987 de Planes y Fondos de Pensiones, y demás disposiciones complementarias, **el presente contrato de seguro queda sujeto a lo dispuesto en las citadas normas y tiene por objeto la cobertura de los compromisos por pensiones asumidos por el tomador con los asegurados incluidos en la póliza.**

Generalidades

Exclusiones generales de la póliza

1. Para todas las coberturas aseguradas

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza de seguro, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

1.1. Salvo pacto expreso en contrario, especificado en las condiciones particulares, los asegurados que en la fecha de alta en la presente póliza:

- Se encuentren en situación de incapacidad temporal por causa de accidente, enfermedad común o enfermedad profesional, durante un periodo de más de 6 meses consecutivos de baja laboral.
- Estén tramitando cualquier expediente de Invalidez por cualquier causa, a través del organismo laboral competente, o en su caso tengan en curso algún procedimiento judicial para el reconocimiento de una invalidez.
- Tengan concedida una invalidez permanente total, por cualquier causa.
- Sean mayores de 69 años.
- Estén dados de alta en la empresa en un régimen distinto al RGSS, o estén fuera del ámbito de cotización obligatoria en el sistema de la Seguridad Social.

1.2. Hechos producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza. Las consecuencias derivadas de accidentes, enfermedades comunes o profesionales, por hechos acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o anterior a la fecha de alta del asegurado en la póliza, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.

1.3. Acontecimientos extraordinarios (Consortio). Los siniestros cuya cobertura corresponda indemnizar al Consorcio de Compensación de Seguros, según la cláusula definida en las condiciones generales de la póliza.

1.4. Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que, teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el reglamento y disposiciones complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho organismo.

1.5. Reclamaciones, daños y responsabilidades que, directa o indirectamente, tengan su origen o sean consecuencia de un acto terrorista o de actos preparatorios o conexos con dicho acto.

Se entiende por terrorismo, toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido o causar terror o inseguridad en el medio social en el que se produce, según los términos previstos por el reglamento de riesgos extraordinarios sobre las personas y los bienes (R.D. 2022/1986, de 25 de agosto).

1.6. Energía nuclear. Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

1.7. Guerras, levantamientos, rebeliones. Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.

1.8. Hechos de catástrofe o calamidad nacional. Acontecimientos calificados como tal por el poder público.

1.9. Actos dolosos. Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.

1.10. El asegurador no será responsable de pagar, mientras dure la exposición a la sanción, cualquier siniestro o de proporcionar cualquier beneficio en tanto que tal siniestro o beneficio implique una exposición del asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América (siempre que esto no se oponga a lo establecido por los reglamentos, decisiones y demás normativas vigentes de la Unión Europea). Una vez cese la exposición a la sanción el asegurador se hará cargo de los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

2. Para las coberturas derivadas de accidente no laboral

No quedan amparados por la póliza, además de lo indicado en el anterior epígrafe 1. (Exclusiones para todas las coberturas de la póliza), los hechos y situaciones siguientes:

2.1. Conducción de vehículos sin autorización. Los accidentes sufridos durante la conducción de cualquier clase de vehículo a motor sin poseer o tener vigente el correspondiente permiso de circulación, expedido por la autoridad competente.

2.2. Embriaguez, drogas. Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente, salvo que pueda probarse por parte del asegurado o beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará por estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, la presencia de un grado de alcoholemia en el momento del accidente que exceda del permitido legalmente, y el asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.

2.3. Agravación de las consecuencias del accidente. La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

2.4. Navegación aérea o marítima. Salvo pacto en contrario, la utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea o de líneas marítimas, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea distinto a los aviones de líneas regulares o vuelos "chárter".

2.5. Las lesiones o afecciones siguientes: neuropatías, algias, cualquier proceso de dolor sin sintomatología clínica comprobable, así como las curas de reposo o los exámenes de estado de salud.

2.6. Deportes profesionales. Los accidentes producidos en la práctica de cualquier deporte realizado profesionalmente, salvo pacto expreso en contrario.

2.7. Deportes no profesionales. Salvo pacto expreso en contrario especificado en las condiciones

particulares, y el abono de la sobreprima correspondiente, **los accidentes ocurridos durante la práctica de las siguientes actividades deportivas:**

- **Automovilismo o motociclismo, en cualquier modalidad.**
- **Acuáticas:**
 - **Navegación de recreo a vela o en yate a más de 5 millas de la costa respectivamente.**
 - **Inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros.**
 - **Uso de motos náuticas saltos, paracaidismo acuático, deportes en aguas bravas (tales como rafting, hidrospeed, hidrotironeo, hidrobob, piragüismo y en general cualquier otro deporte en aguas bravas).**
 - **Surf, towsurf, windsurf, kitesurf, esquí acuático, wake-board y similares deportes náuticos.**
- **Actividades aeronáuticas y deportes aéreos tales como: ascensión en globo, aerostatos, ala delta, paracaidismo, parapente, puenting, bungee jumping, salto base, y cualquier deporte de saltos con sujeción de cordajes; ultraligeros, planeador, moto planeador, vuelo libre con motor o acrobático y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.**
- **Artes marciales y deportes de contacto, tales como; boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.**
- **Deportes de invierno: bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera de pistas, esquí con saltos de trampolín, heli-ski, esquí alpino o de montaña, moto de nieve, skeleton y similares.**
- **Montaña y subsuelo: alpinismo (ascensiones a más de 4.500 m. o con uso de medios técnicos de progresión), escalada y/o rappel., espeleología o accidentes en rocódromos y similares.**
- **Polo y deportes hípicos, excepto paseo.**
- **Varios: caza mayor fuera de España, así como otros deportes con armas de fuego, ciclismo (en modalidades de trial, bicicross BMX u otras de similar riesgo), halterofilia, corte de troncos, levantamiento de piedras, rugby, fútbol americano, hockey en sus diferentes modalidades, street luge, patinaje estilo agresivo (piruetas en barandillas, saltar rampas y escaleras, etc.) y similares.**
- **Toreo, encierro de reses bravas y suelta de vaquillas.**

2.8. Expediciones y viajes de exploración. Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.

Forma de contratación seguro innominado

1. Forma de inclusión de los asegurados en la póliza

En las condiciones particulares figurará la forma de contratación. Para la inclusión e identificación del grupo asegurado en la forma de contratación *innominada*, quedarán automáticamente incluidos en las coberturas de la póliza todos los trabajadores que figuren en la nómina del tomador, inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social a través del documento TC2 (o documento análogo que le sustituya), cuando se establezca el seguro para toda la plantilla.

A tal efecto, el tomador al suscribir la póliza declarará el número de trabajadores dados de alta en el TC2 del cierre del mes anterior al de la fecha de efecto del seguro. Este dato servirá posteriormente

para la regularización anual prevista en el capítulo siguiente.

Si la contratación se realiza para unas determinadas categorías o grupos profesionales, quedarán incluidas en las coberturas de la póliza todas las personas que tengan la condición de asegurados dentro del grupo, según consta en las condiciones particulares de la póliza.

2. Variación del grupo asegurado. Regularización de la prima de seguro

En los seguros contratados de forma innominada, la prima percibida por el asegurador al inicio de la anualidad del seguro se considera provisional, **regularizándose obligatoriamente al finalizar el periodo anual de cobertura** en base al número real de asegurados que figuren en las declaraciones de trabajadores dados de alta en las hojas de cotización TC2 de la Seguridad Social, durante los 12 meses naturales comprendidos entre el mes de inicio y el de finalización del seguro.

A tal efecto, el tomador se obliga a remitir documento firmado al asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará mes a mes el número de trabajadores a su cargo afiliados al régimen general de la S. Social.

En base a esta información, el asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo anual transcurrido, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Se establece una prima neta mínima e inextornable, que corresponderá con el 75% de la prima neta anual de la póliza.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, **con el límite de la prima neta mínima fijado en el párrafo anterior.**

3. Comprobación de los registros oficiales del tomador

El tomador se compromete a permitir que los representantes del asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los libros oficiales de matrícula a la Seguridad Social de la empresa, así como a facilitar al asegurador cuanta información precise para la comprobación y control de los riesgos asegurados por esta póliza.

Comunicaciones

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el tomador del seguro al referido agente de seguros se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario

de éste.

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Bases del contrato

Duración de la póliza y plazo de preaviso de anulación

La duración del contrato será determinada en las condiciones particulares, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Declaraciones del tomador del seguro, plazo para subsanar errores de la emisión de la póliza

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Modificaciones del riesgo

El tomador del seguro o el asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior 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.

En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del 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.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con 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.

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.

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.

Ámbito temporal de la cobertura

Las coberturas se garantizan si el hecho causante ha ocurrido durante la vigencia de la póliza. **El ámbito temporal de la cobertura será el que figure contratado, sea laboral, extra-laboral o 24 horas.**

Cambio de la actividad o profesión asegurada

En el supuesto que varíe la actividad del riesgo asegurado durante la vigencia del contrato, el tomador se obliga a comunicar dicha circunstancia al asegurador para modificar, si corresponde, las

condiciones contractuales.

Caso de producirse el evento amparado por la póliza y no coincidir la profesión o actividad declarada en las condiciones particulares con la real del asegurado, o del grupo asegurado, **el asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera actividad profesional. Si ésta estuviera excluida de las normas de contratación de la entidad aseguradora, el hecho acontecido no será indemnizable**, procediéndose por parte del asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del tomador o asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en la póliza, el asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

Perfección y efecto del contrato

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima**, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares. **En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.**

b) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

Siniestros

Declaración de siniestro y plazo de comunicación

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Colaboración del tomador en caso de siniestro

El tomador del seguro o el asegurado deberá 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.

Aminoración de las consecuencias del siniestro

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las

consecuencias del accidente, o en su caso de la enfermedad, con el fin de conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento. 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 este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Intereses de demora

Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, aunque se consideren válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

- 1.** Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.
- 2.** Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.
- 3.** Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.
- 4.** La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5. En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

6. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la

reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7. Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8. No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9. Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en retraso injustificado del pago únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por retraso injustificado del pago en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10. En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Subrogación

Para la cobertura de asistencia sanitaria, de haberse contratado ésta, el asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.**

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

Siniestros: pago de la indemnización

El asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

1. En el ámbito laboral, y para las coberturas que tienen carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social, la indemnización se efectuará en base a las resoluciones de los organismos dependientes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción laboral, que tengan carácter firme (sin posibilidad de recurso).

2. En el ámbito distinto al laboral, cuando no exista vinculación a las resoluciones de la Seguridad Social o de la jurisdicción laboral, como norma general:

a) Se indemnizará al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Se indemnizará cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado. La abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, se indemnizará conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) 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 pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las reglas que se establecen en el epígrafe "Intereses de demora" de este apartado "Siniestros".

Tasación y liquidación de la indemnización

Determinación del grado de invalidez

La determinación del grado de invalidez se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme a lo establecido en "Tasación de siniestros" que sigue a continuación.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este

CONDICIONES GENERALES

último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán un tercer perito médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación será por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito médico tercero.

El dictamen de los peritos médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos médicos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos médicos en un plazo de cinco días. En el supuesto de que por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Pago de honorarios profesionales

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y del asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Accidentes intencionados

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

Consecuencias del impago de primas

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período 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 pagó su prima.

Domicilio de pago de la prima por defecto

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato.

Si en la póliza 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.

Determinación y pago de la prima

a) La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las condiciones particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

b) **La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico actuariales, tenga vigentes en cada momento el asegurador.** Para su determinación también se considerarán, además del factor de edad cumplida del asegurado, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en "Modificaciones del riesgo" del apartado Bases del contrato de estas condiciones generales. Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

Resolución en caso de siniestro

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes

podrán resolver el contrato de seguro. La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella. Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el asegurador procederá a devolver al tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

Nulidad y pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) **En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de seguro, si medió dolo o culpa grave.**
- b) **En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) **Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
- d) **Si el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, no facilitan al asegurador la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**
- e) **Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del tomador del seguro o del asegurado.**

Delimitación geográfica

Las coberturas amparadas por la presente póliza surten efecto en todo el mundo, **con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.**

Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco años si el seguro es de personas.

Jurisdicción

El presente contrato de seguro queda sometido a la legislación española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuera en el extranjero.

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

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

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos

públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- **Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).**
- **A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).**

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

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

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección Defensa.Cliente.GCO@grupocatalanaoccidente.com, o ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, www.plusultra.es en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del tomador, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas,

pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.plusultra.es/esp/politica-privacidad>

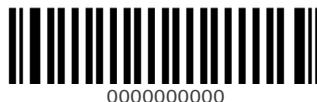
El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@grupocatalanaoccidente.com y/o de la dirección postal, Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) Madrid.

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza.

Subsanación

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



Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador AGD, S.L. declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

Asimismo, el tomador declara haber recibido, de manera previa a la contratación del seguro, la información general previa prevista en los artículos 174 y 175 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, y en particular, el documento de información sobre producto de seguro previsto en el artículo 176 del referido Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, en relación con el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre producto de seguro, habiendo sido informado asimismo de que este documento está disponible en la página web del asegurador: www.plusultra.es

En Madrid a 29 de diciembre de 2022

Por la entidad



Julián Herrera García
Director general

Tomador del seguro

AGD, S.L.



Grupo Catalana Occidente

www.plusultra.es

Teléfono de contacto

917 83 83 83

 **PlusUltra**
Seguros



Convenios sectorial

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y
AGD, S.L.

COPIA A DEVOLVER FIRMADA

Convenios sectorial

Convenios sectorial

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **AGD, S.L.**

Índice

Condiciones particulares	2
Condiciones especiales	6
Condiciones generales	29

Datos compañía

Plus Ultra, Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal NIF:
A-30014831 - inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 97987



Condiciones particulares

Convenios sectorial

Convenios sectorial

Entidad aseguradora

Plus Ultra, Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Plaza de las Cortes, 8
28014 Madrid

Tomador del seguro

AGD, S.L.
CR RIBES 8, S/N, P.I. CONGOST
08520 LES FRANQUESES DEL VALLES
BARCELONA
NIF B64172794

Agente vinculado - NAE00

AGC AGENTS D'ASSEGURANCES, S.L.
AV. Pi i Margall, 114, BAIX.
08140 CALDES DE MONTBUI
BARCELONA
Teléfono : 938626100

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 00:00 horas del día 29 de diciembre de 2022

Se establece por una duración de un año prorrogable

Forma de pago: anual.

Fecha de vencimiento: 29 de diciembre de 2023

Domicilio de cobro

BANCO DE SABADELL, S.A.

Número de cuenta (IBAN) ES64 0081 0028 6900 0114 1717

Desglose del recibo de prima

Núm. del recibo	421124813-S
Periodo	de 29.12.2022 a 29.12.2023
Prima neta	1.614,87€
Consortio	9,19€
Impuestos sobre primas	2,29€
Prima total	1.626,35€

Prima total póliza: 1.626,35 euros

Composición del grupo asegurado

El número total de asegurados de la presente póliza es de: 48

Riesgos de la Póliza

Convenio de Sector

El riesgo reúne las características siguientes:

Familia de Riesgos:	CONSTRUCCION-Varios asegurados
Actividad:	CONSTRUCCION
Forma de contratación:	Innominada
Código de cuenta cotización (C.C.C.):	8.152.164.431
Ámbito de cobertura:	Laboral
Duración:	Anual
Número de asegurados:	48

Declaraciones sobre la actividad del riesgo cubierto en la póliza

El tomador del seguro no declara ninguna situación especial relativa al riesgo que quiera indicar en el presente contrato.

Convenio laboral que regula la actividad

Ámbito aplicación:	BARCELONA
Nº de convenio:	08001065011994
Publicado en Boletín Oficial el:	29.03.2019
Fecha inicio:	28.04.2019

Declaraciones sobre los asegurados cubiertos en la póliza

El número de asegurados indicado más arriba corresponde al total de trabajadores que figuran inscritos en el RGSS (TC2 del último mes) salvo que se indique lo contrario.

El tomador declara que no existen personas a asegurar que:

- Están tramitando un expediente de invalidez por cualquier causa
- Se encuentran desde hace más de 6 meses en situación de incapacidad temporal, por accidente o enfermedad profesional
- Tienen concedida una Invalidez Permanente Total, por cualquier causa
- Son mayores de 69 años
- Están dados de alta en la empresa en un régimen distinto al RGSS, o no cotizan de forma obligatoria

CONDICIONES PARTICULARES**Las coberturas que se contratan son:**

	Ámbito Laboral	Otros ámbitos
Coberturas principales		
Muerte por accidente	47.000€	--
Muerte por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Invalidez Permanente Absoluta por accidente	47.000€	--
Invalidez Permanente Absoluta por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Invalidez Permanente Total por accidente	28.000€	--
Invalidez Permanente Total por Enfermedad Profesional	--	28.000€
Gran Invalidez por accidente	47.000€	--
Gran Invalidez por Enfermedad Profesional	--	47.000€
Muerte por Enfermedad Común o Accidente no Laboral	1 meses	--
Defensa Jurídica Laboral	--	3.000€

Para las coberturas cuya suma asegurada no viene expresada en Euros, se entenderán limitadas a lo establecido en el Convenio Laboral.

Las indemnizaciones a que puedan dar lugar cada una de las coberturas indicadas como "Coberturas principales" y sus capitales, no son acumulables entre si.

Aclaraciones relativas a la coberturas del convenio**Muerte por enfermedad común o accidente no laboral**

El número de meses asegurados se entienden mensualidades de salario del/la trabajador/a fallecido/a, según cálculo de los emolumentos que componen el importe de "mensualidad" que se determina en el convenio laboral que regula la actividad asegurada.

El precio total por las garantías contratadas es:

Forma de pago	Anual
Prima total	1.626,35€

Desglose de la prima	
Prima neta	1.614,87€
Impuestos	11,48€
Prima total	1.626,35€



Condiciones especiales

Desarrollo de la cobertura de Defensa Jurídica

Mediante esta cobertura el asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del tomador del seguro en el ámbito laboral, en su calidad de empresario o profesional dado de alta en el Régimen de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

Dentro de la cobertura de Defensa Jurídica, son gastos garantizados:

1. Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos
2. Los honorarios y gastos de abogado
4. Los gastos notariales y de otorgamiento de Poderes para Pleitos, así como las Actas, Requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado
5. Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el asegurador
6. La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas

Dentro de la cobertura de Defensa Jurídica, se ofrecen las siguientes garantías:

1. Asesoramiento jurídico telefónico
2. Defensa por supuestos de acoso laboral
3. Defensa por acoso y agresión sexual
4. Defensa social por contratos laborales
5. Defensa ante la Inspección de Trabajo

El asegurado podrá consultar o asesorarse en cualquier momento, sin límite de horario y sin límite de consultas anuales, llamando al Teléfono de contacto.

Definiciones

Entidad aseguradora

La que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato «el asegurador».

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario.

Póliza

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales, las particulares, las especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

Suma asegurada

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Siniestro

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de lesiones o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del asegurado.**

Accidente

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

Accidente laboral

Toda lesión corporal que el asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta, y sea admitida y calificada como "accidente de trabajo" por resolución firme de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Dentro de esta misma definición quedan comprendidos tanto el riesgo de infarto de miocardio como el de accidente "in-itinere", como posibles causas de la muerte o invalidez permanente garantizada por la presente póliza, **siempre y cuando tales hechos sean admitidos y calificados como "accidente de**

trabajo" por resolución firme de la Seguridad Social u organismo laboral o judicial competente.

Accidente no laboral

Toda lesión corporal que el asegurado sufra durante los actos de su vida privada o extra-laboral, y no sea admitido y calificado como accidente de trabajo por la Seguridad Social u organismo laboral competente.

Tendrán la consideración de accidente no laboral:

- **Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un hecho accidental, siempre que no sean provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de actos físicos preexistentes o degenerativos.**
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.
- Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; **sólo cuando el asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.**
- Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, **que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos.**
- La mordedura de todo tipo de animales, inclusive las picaduras de insectos y arácnidos, **pero no las infecciones generales que padezca el asegurado (como la malaria, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, o similares), aun cuando pudieran derivar de dichas causas.**
- Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, **salvo los excluidos expresamente en las condiciones generales de la póliza.**

No tendrá la consideración de accidente no laboral:

- **Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza, incluidas las hernias, los reumatismos, los infartos de miocardio y accidentes cerebro-vasculares, salvo pacto en contrario.**
- **Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.**
- **Los envenenamientos orgánicos e inorgánicos, así como las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.**
- **Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.**
- **La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.**
- **Los hechos provocados intencionadamente por el asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.**

- **Los hechos derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.**

Accidente de circulación

Se considerará como tal, la lesión corporal que sobrevenga al asegurado, derivada de un hecho de la circulación, y adicionalmente:

- **Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento debidamente autorizado para circular.**
- **Como conductor o pasajero de bicicletas, y similares, con o sin motor.**
- **Como conductor de patinete con o sin motor, siempre que la circulación se realice por vías donde según la normativa vigente se permita su circulación.**
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos de líneas regulares o vuelos chárter.
- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**
- **Como conductor de un vehículo automóvil de uso profesional, en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido, y sólo y exclusivamente si se asegura el riesgo de la actividad profesional destinada al transporte de personas o mercancías.**

Asegurado

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

El conjunto de asegurados incluidos en la póliza constituye el llamado "grupo asegurado", el cual, **salvo pacto en contrario**, está formado por los trabajadores vinculados al tomador del seguro que se encuentren dados de alta en el Régimen General de la Seguridad Social, a través del documento TC2 (o documento análogo que lo sustituyera), en el momento de formalizar el contrato, o bien se den de alta en el citado TC2 con posterioridad al efecto de la póliza, y durante su vigencia, comunicándolo al asegurador en la forma prevista.

Asistencia de carácter urgente

Se entiende por asistencia de carácter urgente la asistencia médica que, de no prestarse de forma inminente o inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud

Beneficiario

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

a) Para las contingencias sobre la vida:

El asegurado será el propio beneficiario, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

CONDICIONES ESPECIALES

b) Para el caso de fallecimiento:

Si el Tomador no hubiera efectuado en el contrato una designación expresa de beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado, o pareja de hecho legalmente constituida mediante inscripción en un registro o documento público, o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.

La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

2. Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.

3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.

4. Hermanos del asegurado por partes iguales.

5. Herederos legales.

En caso de fallecimiento, el asegurado podrá designar libremente al beneficiario del seguro; si así no lo hiciere, se estará a lo establecido en el párrafo anterior o en su caso, en el convenio colectivo laboral vigente.

Convenio colectivo laboral

Es el acuerdo suscrito entre los representantes de los trabajadores y de las empresas para fijar las condiciones de trabajo y productividad, en un ámbito laboral determinado.

Asimismo, y según lo establecido en la actual normativa sobre instrumentación de compromisos por pensiones, se entenderá como convenio colectivo laboral no sólo los pactos definidos para las empresas pertenecientes a un sector profesional, o para una empresa en particular, publicados en los boletines oficiales correspondientes, sino otras "disposiciones equivalentes" a los convenios.

Entendiendo por "disposiciones equivalentes", aquellos pactos entre la empresa y todo o parte de su personal, u otros acuerdos, cuya existencia o efectos se hallen documentados de forma admitida en derecho, y en los que las empresas asuman compromisos por pensiones.

A los efectos del presente contrato, toda cobertura de seguro referida o derivada de un "convenio laboral" se entiende que constituye una mejora voluntaria a las prestaciones otorgadas por la Seguridad Social, en su modalidad contributiva, y conforme a lo previsto en la Ley General de la S. Social.

Enfermedad común

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente laboral, accidente no laboral o enfermedad

profesional, conforme se regula en la Ley General de la Seguridad Social.

Enfermedad profesional

Es aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o por cuenta propia en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales, reconocido por la Seguridad Social y publicado en las disposiciones complementarias a la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indica.

Enfermedad preexistente

Es aquella que, desde el punto de vista médico, ya se había manifestado con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza o alta de las coberturas del seguro, aunque no hubiera sido diagnosticada.

Enfermedad crónica

Proceso patológico prolongado en el tiempo (más de 6 meses), que puede cursar con episodios de agudización o agravamiento del mismo proceso.

Enfermedad grave

Oncología (Cáncer, leucemia, linfomas), Psiquiatría (trastornos psicóticos, esquizoides o depresivos mayores), Neurología (epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedades cerebro-vasculares, distrofias musculares), Hematología (aplasia medular grave, granulocitosis y hemoglobinopatías graves), Inmunología (asma bronquial grave, alergias alimentarias graves e inmunodeficiencias), Cardiología (Cardiopatía isquémica con necesidad de bypass, miocardiopatías con disfunción ventricular), Aparato digestivo (enfermedades hepáticas graves, resección intestinal amplia), Nefrología (enfermedad renal crónica en diálisis, síndrome nefrótico), Endocrinología (Diabetes Mellitus Tipo I), Aparato Respiratorio (Fibrosis quística, neuropatías intersticiales, displasia broncopulmonar, hipertensión pulmonar), Desórdenes o alteraciones metabólicas graves, Reumatología (artrosis generalizada, espondilitis, esclerodermia y lupus), Enfermedades infecciosas (VIH / SIDA, tuberculosis, neumonías complicadas, osteomielitis, endocarditis, sepsis), enfermedades terminales, enfermedades mentales, parálisis, apoplejía, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades en la médula espinal, encefalitis letárgica, y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social, o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

Gran invalidez

Se entenderá como tal la situación del asegurado afecto de una incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

La situación de gran inválido será calificada por los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente absoluta

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite por completo al asegurado para toda profesión u oficio, y sea calificada de esa forma por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente total

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite al asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, y sea calificada de esa forma por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción social.

Invalidez permanente parcial

Se entenderá como tal la incapacidad permanente que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al asegurado una disminución en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

El porcentaje de incapacidad permanente declarado para el asegurado vendrá determinado por la Seguridad Social, a partir del dictamen de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades dependiente de este organismo.

En supuestos no calificados por la Seguridad Social, el porcentaje de incapacidad vendrá dado por la aplicación del baremo de Invalidez permanente parcial que figura en "Anexo" en estas condiciones especiales.

Lesiones permanentes no invalidantes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo, causadas por accidentes o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una invalidez permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del asegurado, y sean admitidas y calificadas como tales por la Seguridad Social u organismo laboral o judicial.

Franquicia

La cantidad, expresamente pactada en las condiciones particulares de la póliza, que corre a cargo del asegurado y que, en consecuencia, se deducirá del importe de la indemnización que corresponda en cada siniestro.

Franquicia temporal

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las condiciones particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días

CONDICIONES ESPECIALES

pactados, a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (**o bien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara en el contrato**), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

Plazo de carencia

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza. Asimismo, si la inclusión de la cobertura fuera en fecha posterior a la del efecto de la póliza, el citado periodo de carencia se iniciará a partir del momento de entrada en vigor de la cobertura.

Coberturas

Muerte por accidente

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza. Pudiendo ser:

- 24 horas (en cualquier momento del día)
- laboral
- extra-laboral

2.2. Acreditación de accidente laboral. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, administrativa o judicialmente, que el fallecimiento del asegurado se ha producido por causa de un accidente laboral.

2.3. Acreditación de accidente no laboral (extra-laboral). El tomador o los beneficiarios deberán acreditar fehacientemente que el fallecimiento del asegurado ha sido la consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, siendo éste declarado como accidente no laboral.

2.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada por fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.5. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.**

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la

documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.6. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.7. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

3.1. Con carácter general:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del accidente. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**

3.2. En caso de accidente laboral

- **Certificado de la Mutua Patronal reconociendo el fallecimiento por causa de accidente laboral.**

3.3. En caso de accidente no laboral, se aportará además de lo requerido en el punto 3.1:

- **Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Muerte por Enfermedad profesional

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de una enfermedad profesional se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. Delimitación temporal y fecha del hecho causante. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito laboral, y será satisfecha en razón de la fecha del hecho causante.

Si el convenio laboral al que está referida la actividad asegurada determinara expresamente cuándo debe considerarse la existencia de una enfermedad profesional, como causa origen de la muerte del asegurado, prevalecerá lo indicado en dicho convenio sobre lo dispuesto en el párrafo anterior.

2.2. Acreditación de la enfermedad profesional. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, de acuerdo al dictamen de los organismos dependientes de la Seguridad Social, o por resolución de la jurisdicción laboral, que el fallecimiento del asegurado se ha producido por causa de enfermedad profesional.

2.3. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, siendo ésta consecuencia de la misma enfermedad profesional, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.4. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.**

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.5. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria

resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.6. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en el momento de producirse el hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**
- **Certificado de la Mutua Patronal reconociendo el fallecimiento por causa de enfermedad profesional.**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Invalidez permanente por accidente

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda, **según las normas descritas en los apartados 2 a 5 siguientes**, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado sufre una incapacidad permanente en alguno de los grados definidos en el apartado "Definiciones" de las presentes condiciones especiales.

Con carácter general se define como **invalidez permanente, la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.**

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza. Pudiendo ser:

- 24 horas (en cualquier momento del día)
- laboral
- extra-laboral

2.2. La prestación se garantizará únicamente en base a la suma asegurada de invalidez permanente que corresponda al grado de incapacidad por el cual se han calificado, de forma definitiva, las lesiones sufridas por el asegurado, y siempre que esa invalidez esté garantizada dentro del cuadro de coberturas que figura descrito en las condiciones particulares de la póliza. Pudiendo ser:

- Gran Invalidez
- Invalidez Permanente Absoluta
- Invalidez Permanente Total
- Invalidez Permanente Parcial

3. Sumas aseguradas y baremo de indemnización

3.1. Las incapacidades que den lugar a una invalidez permanente total, o absoluta o gran invalidez del asegurado, darán derecho al percibo del 100% de la suma asegurada suscrita por cada una de las coberturas incluidas en la póliza.

3.2. Invalidez permanente parcial. Para esta cobertura, de estar incluida en la póliza, será de aplicación lo regulado en el "Anexo: Baremo de invalidez permanente parcial" de las presentes condiciones especiales.

3.3. Reconocimiento médico del asegurado. El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir que el asegurador pueda hacer los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el mismo asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

3.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por la cobertura de invalidez permanente, en el grado que se determine, excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No serán, por tanto, acumulables entre sí las indemnizaciones derivadas de invalideces permanentes, lesiones permanentes no invalidantes o fallecimiento del asegurado.

No obstante lo anterior, si después de fijada la invalidez permanente sobreviniere el fallecimiento del asegurado, a consecuencia del mismo accidente, las cantidades satisfechas por el asegurador por la cobertura de invalidez permanente se considerarán a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de muerte, de estar ésta contratada.

4. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el asegurado deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- **Documentación referida a la resolución administrativa de la Seguridad Social, u organismo laboral competente, o sentencia judicial firme, por la cual se califica la invalidez permanente del asegurado.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del accidente. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la Seguridad Social.**
- **En los casos en que la determinación del grado de invalidez corresponda al asegurador, sin vinculación a la resolución de la Seguridad Social, documentación clínica donde se recoja cualquier información sobre las lesiones sufridas.**
- **Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.**

5. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura a cargo del asegurador, en el grado de invalidez que figure contratado, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Invalidez permanente por enfermedad profesional

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda, **según las normas descritas en los apartados 2 a 5 siguientes**, si como consecuencia de una enfermedad profesional garantizada por la póliza el asegurado sufre una incapacidad permanente en alguno de los grados definidos en el apartado "Definiciones" de las presentes condiciones especiales.

Con carácter general se define como **invalidez permanente, la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.**

2. Regulación de la cobertura

2.1. Delimitación temporal y fecha del hecho causante. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito laboral, y será satisfecha en razón de la fecha del hecho causante.

Se entenderá como fecha del hecho causante de la enfermedad profesional, aquella en la que se reconoce administrativa o judicialmente la existencia de la misma.

Si el convenio laboral al que está referida la actividad asegurada determinara expresamente cuándo debe considerarse la existencia de una enfermedad profesional, como causa origen de la invalidez permanente del asegurado, prevalecerá lo indicado en dicho convenio sobre lo dispuesto en el párrafo anterior.

2.2. La prestación se garantizará únicamente en base a la suma asegurada de invalidez permanente por enfermedad profesional que corresponda al grado de incapacidad sufrido por el asegurado, y siempre que esa invalidez esté garantizada dentro del cuadro de coberturas que figura descrito en las condiciones particulares de la póliza. Pudiendo ser:

- Gran invalidez.
- Invalidez permanente absoluta.
- Invalidez permanente total.
- Invalidez permanente parcial.

3. Sumas aseguradas y baremo de indemnización

3.1. Las incapacidades que den lugar a una invalidez permanente total, o absoluta o gran invalidez del asegurado, darán derecho al percibo del 100% de la suma asegurada suscrita por cada una de las coberturas incluidas en la póliza.

3.2. Invalidez permanente parcial. Para esta cobertura, de estar incluida en la póliza, será de aplicación lo regulado en el "Anexo: Baremo de invalidez permanente parcial" de las presentes condiciones especiales.

3.3. Reconocimiento médico del asegurado. El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir que el asegurador pueda hacer los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el mismo asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida a la enfermedad profesional padecida.

3.4. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por la cobertura de invalidez permanente, en el grado que se determine, excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No serán, por tanto, acumulables entre sí las indemnizaciones derivadas de invalideces permanentes o fallecimiento del asegurado.

No obstante lo anterior, si después de fijada la invalidez permanente sobreviniere el fallecimiento del asegurado, a consecuencia de la misma enfermedad profesional, las cantidades satisfechas por el asegurador por la cobertura de invalidez permanente se considerarán a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de muerte por enfermedad profesional, de estar ésta contratada.

4. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el asegurado deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

- Documentación referida a la resolución administrativa de la Seguridad Social, u organismo laboral competente, o sentencia judicial firme, por la cual se califica la invalidez permanente del asegurado.
- Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en la fecha de ocurrencia del hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la Seguridad Social.

5. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura a cargo del asegurador, en el grado de invalidez que figure contratado, es la cantidad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Muerte por enfermedad común o accidente no laboral

1. Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente no laboral o enfermedad común, se produce el fallecimiento del asegurado.

2. Regulación de la cobertura

2.1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez sólo si el hecho causante del fallecimiento se produce durante la vigencia del contrato, y esté calificado como enfermedad común o accidente no laboral (extra-laboral) por resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social.

2.2. Acreditación de la causa del fallecimiento. Corresponde al tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve, administrativa o judicialmente, la causa del fallecimiento del asegurado.

2.3. La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas. El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del asegurado, siendo ésta consecuencia de la misma enfermedad común o del mismo accidente no laboral, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

2.4. Anticipo. A cuenta de la indemnización total, el beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de defunción original, podrá solicitar del asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, **siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del impuesto de sucesiones y**

donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del asegurador la documentación fehaciente que demuestre la condición de los beneficiarios y el mencionado Certificado literal de defunción original.

2.5. Impuestos de sucesiones y donaciones. El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese impuesto.

2.6. Carácter de la prima. Declarado el siniestro de fallecimiento, el tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

3. Documentación a presentar en caso de siniestro

Para obtener la indemnización, el tomador o el beneficiario deberán remitir al asegurador los documentos justificativos siguientes:

3.1. Con carácter general:

- **Certificado literal de defunción del Registro Civil.**
- **Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.**
- **Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.**
- **Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.**
- **Documentación acreditativa de la condición de trabajador asegurado en el momento de producirse el hecho causante. El tomador aportará en cualquier caso copia del documento TC2, o análogo, donde figure el alta del trabajador en el régimen de la S. Social.**

3.2. En caso de accidente no laboral, se aportará además de lo requerido en el punto 3.1:

- **Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias**

4. Límite de indemnización

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del asegurador, es la cantidad

indicada en las condiciones particulares de la póliza.

Defensa Jurídica laboral

1. Riesgos cubiertos

1.1. Objeto de la cobertura

El asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del tomador del seguro en el ámbito laboral, en su calidad de empresario o profesional dado de alta en el régimen de autónomos y trabajadores por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

1.2. Prestaciones del asegurador

Son gastos garantizados:

- **Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos.**
- **Los honorarios y gastos de abogado.**
- **Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.**
- **Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado.**
- **Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el asegurador.**
- **La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.**

1.3. Delimitación geográfica de la cobertura

Con relación a las garantías de la presente cobertura, se garantizan los eventos asegurados producidos en España o en Andorra y que sean competencia de juzgados y tribunales españoles o andorranos.

1.4. Vigencia temporal de la cobertura

Sólo se entenderán amparados los casos asegurados que se declaren durante la vigencia de la cobertura o antes de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de la misma.

1.5. Definición y momento de ocurrencia del siniestro o evento

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por siniestro o evento todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión en los intereses del tomador o que modifique su situación jurídica.

CONDICIONES ESPECIALES

Se entiende ocurrido el siniestro o evento:

- a) En las infracciones penales, en el momento en que se ha realizado o se pretende que se ha realizado el hecho punible.
- b) En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, en el momento mismo que el daño ha sido causado.
- c) En los litigios sobre materia contractual, en el momento en que el tomador, el contrario o tercero iniciaron o se pretende que iniciaron la infracción de las normas contractuales.

1.6. Alcance de las garantías

1.6.1. Asesoramiento jurídico telefónico

La aseguradora pondrá a disposición del tomador un abogado para que le informe telefónicamente, en prevención de posibles litigios, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su actividad empresarial o autónoma, así como de la forma en que mejor pueda defenderse.

Queda excluida, en cualquier caso, la consulta sobre temas fiscales, de derecho de sociedades y sobre cuestiones financieras y bancarias.

El asegurado podrá consultar o asesorarse en cualquier momento, sin límite de horario y sin límite de consultas anuales, llamando al Teléfono de contacto que aparece en el dorso del libro de la póliza.

1.6.2. Defensa por supuestos de acoso laboral

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto por supuesto acoso laboral, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social.

1.6.3. Defensa por acoso y agresión sexual

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto por acciones de acoso o abusos sexuales, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social.

1.6.4. Defensa social por contratos laborales

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del tomador como demandado, en relación directa con un conflicto laboral, de carácter individual, promovido por alguno de sus asalariados, debidamente inscrito en el régimen de la Seguridad Social, que deba sustanciarse necesariamente ante los organismos de conciliación, Juzgados de lo social o Tribunal Supremo.

Queda incluida la defensa del titular autónomo o empresa ante la jurisdicción social, con inclusión de la previa vía administrativa, en los litigios promovidos por sus asalariados en relación con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Montepíos y Mutualidades de Previsión Social.

No comprende esta garantía la defensa del tomador del seguro en los procedimientos instados por la Inspección de Trabajo.

1.6.5. Defensa ante la Inspección de Trabajo

Esta garantía comprende la defensa del tomador en los procedimientos instados por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, por supuestas infracciones de la normativa legal aplicable a la empresa de condiciones de trabajo, empleo, seguridad social y seguridad e higiene en el trabajo.

La defensa garantizada comprenderá siempre la vía administrativa. **Incluirá también la vía judicial, cuando el litigio sea por cuantía no inferior a 600 euros o conlleve el cierre del local o el cese de la actividad empresarial o autónoma.**

El tomador responderá directamente del importe de la sanción que, definitivamente, se le imponga, sin que recaiga sobre el asegurador responsabilidad alguna por tal concepto.

2. Límite de gastos por siniestros

El límite de gastos por siniestro a cargo del asegurador para el conjunto de prestaciones indicadas en el punto 1.2 de este grupo de garantías, **es la cantidad, a primer riesgo, fijada en las condiciones particulares.**

Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

En relación con los gastos garantizados, cuando por un mismo hecho sea precisa la activación de varias coberturas, el importe máximo garantizado es el señalado en las condiciones particulares, siendo dicho importe el límite máximo de la cobertura concedida por la aseguradora.

En el supuesto de hacer uso del derecho de libre elección de abogado y procurador, sin utilizar los servicios jurídicos de la compañía, el límite máximo de honorarios y gastos será hasta como máximo del 50% del límite establecido en las condiciones particulares.

3. Pagos excluidos

En ningún caso están cubiertos por este grupo de garantías los siguientes pagos:

3.1. Las indemnizaciones, multas o sanciones a que fuera condenado el tomador.

3.2. Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal, dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los organismos oficiales.

3.3. Los gastos que procedan de una acumulación o reconvención judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.

4. Tramitación del siniestro de defensa jurídica

4.1. Tramitación del siniestro

De conformidad con el artículo 5.2.h. de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, la gestión de los siniestros de defensa jurídica se prestará por Grupo Catalana Occidente Tecnología y Servicios A.I.E., entidad jurídicamente distinta del asegurador. Ningún miembro del personal que se ocupe de la gestión de los siniestros de defensa jurídica ejercerá actividad parecida en otro ramo.

En caso de rehúse del siniestro, si el asegurado no está conforme con el mismo, lo comunicará por escrito al asegurador y podrán ambas partes someter la divergencia al arbitraje previsto en el punto 4.6 de esta cobertura.

En los casos cubiertos por el seguro, aceptado el siniestro, el asegurador realizará las gestiones para obtener un arreglo transaccional que reconozca las pretensiones o derechos del asegurado.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y las características del hecho lo permitan. En este supuesto, el asegurador informará al asegurado de su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio.

En los demás supuestos, aceptado el siniestro, se procederá a la prestación del servicio o al pago de los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

4.2. Disconformidad en la tramitación del siniestro

Cuando el asegurador, por considerar que no existen posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al asegurado.

En caso de disconformidad, podrán las partes acogerse a la conciliación o al arbitraje con arreglo a lo previsto en el punto 4.6 de esta cobertura. El asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con el asegurador, o incluso con el arbitraje, cuando, por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

4.3. Elección de abogado y procurador

El asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento.

Antes de proceder a su nombramiento, el asegurado comunicará al asegurador el nombre del abogado elegido así como el del procurador de los tribunales en los procedimientos en que sea preceptiva su intervención.

Los profesionales elegidos por el asegurado gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados por aquél, sin depender de las instrucciones del asegurador, el cual no responde de la actuación de tales profesionales, ni del resultado del asunto o procedimiento.

En el supuesto de que el elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo de aquél los gastos y honorarios por los desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta.

4.4. Pago de honorarios

El asegurador satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía española y, de no existir estas normas, se estará a lo dispuesto por las de los respectivos colegios.

Las normas orientativas de honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del asegurador. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la comisión competente del colegio de abogados correspondiente.

Los derechos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

4.5. Transacciones

El asegurado puede transigir los asuntos en trámite, pero si ello produce obligaciones o pagos a cargo del asegurador, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

4.6. Solución de conflictos entre las partes

El asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el asegurador sobre esta cobertura.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Si cualquiera de ellas decidiese ejercitar sus acciones ante los organismos jurisdiccionales, deberá acudir al juez del domicilio del asegurado, único competente por imperativos legales.

El límite máximo de indemnización por siniestro a cargo del asegurador, en el supuesto de que dicho siniestro afectase a más de un asegurado de los incluidos en la póliza, será de 6.000.000 de euros. Si el importe total de las indemnizaciones individualmente consideradas, en base a la cobertura que ha dado origen a la prestación, fuese superior al citado límite máximo de indemnización, la cantidad total a indemnizar por el asegurador se repartirá proporcionalmente a la suma asegurada por persona.



Condiciones generales

Marco normativo

La Sociedad Seguros Catalana Occidente S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal (En adelante Seguros Catalana Occidente), tiene su domicilio en Paseo de la Castellana nº4, 28046 (Madrid), siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por:

- **La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.**
- **La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**
- **El Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.**
- **El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**
- **Las condiciones particulares y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla. Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.**

Y por cuantas normas actualicen, complementen o modifiquen las citadas normas.

En caso de discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de la póliza y el asegurador, se estará a lo dispuesto en el apartado "Instancias de reclamación en caso de conflicto" de las condiciones generales de esta póliza.

Adaptación del contrato de seguro al Real Decreto 1588/1999 de instrumentación de compromisos por pensiones:

De conformidad con 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 las empresas con los trabajadores y beneficiarios, el cual desarrolla la Disposición Adicional Primera de la Ley 8/1987 de Planes y Fondos de Pensiones, y demás disposiciones complementarias, **el presente contrato de seguro queda sujeto a lo dispuesto en las citadas normas y tiene por objeto la cobertura de los compromisos por pensiones asumidos por el tomador con los asegurados incluidos en la póliza.**

Generalidades

Exclusiones generales de la póliza

1. Para todas las coberturas aseguradas

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza de seguro, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

1.1. Salvo pacto expreso en contrario, especificado en las condiciones particulares, los asegurados que en la fecha de alta en la presente póliza:

- Se encuentren en situación de incapacidad temporal por causa de accidente, enfermedad común o enfermedad profesional, durante un periodo de más de 6 meses consecutivos de baja laboral.
- Estén tramitando cualquier expediente de Invalidez por cualquier causa, a través del organismo laboral competente, o en su caso tengan en curso algún procedimiento judicial para el reconocimiento de una invalidez.
- Tengan concedida una invalidez permanente total, por cualquier causa.
- Sean mayores de 69 años.
- Estén dados de alta en la empresa en un régimen distinto al RGSS, o estén fuera del ámbito de cotización obligatoria en el sistema de la Seguridad Social.

1.2. Hechos producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza. Las consecuencias derivadas de accidentes, enfermedades comunes o profesionales, por hechos acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o anterior a la fecha de alta del asegurado en la póliza, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.

1.3. Acontecimientos extraordinarios (Consortio). Los siniestros cuya cobertura corresponda indemnizar al Consorcio de Compensación de Seguros, según la cláusula definida en las condiciones generales de la póliza.

1.4. Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que, teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el reglamento y disposiciones complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho organismo.

1.5. Reclamaciones, daños y responsabilidades que, directa o indirectamente, tengan su origen o sean consecuencia de un acto terrorista o de actos preparatorios o conexos con dicho acto.

Se entiende por terrorismo, toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido o causar terror o inseguridad en el medio social en el que se produce, según los términos previstos por el reglamento de riesgos extraordinarios sobre las personas y los bienes (R.D. 2022/1986, de 25 de agosto).

1.6. Energía nuclear. Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

1.7. Guerras, levantamientos, rebeliones. Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.

1.8. Hechos de catástrofe o calamidad nacional. Acontecimientos calificados como tal por el poder público.

1.9. Actos dolosos. Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.

1.10. El asegurador no será responsable de pagar, mientras dure la exposición a la sanción, cualquier siniestro o de proporcionar cualquier beneficio en tanto que tal siniestro o beneficio implique una exposición del asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América (siempre que esto no se oponga a lo establecido por los reglamentos, decisiones y demás normativas vigentes de la Unión Europea). Una vez cese la exposición a la sanción el asegurador se hará cargo de los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

2. Para las coberturas derivadas de accidente no laboral

No quedan amparados por la póliza, además de lo indicado en el anterior epígrafe 1. (Exclusiones para todas las coberturas de la póliza), los hechos y situaciones siguientes:

2.1. Conducción de vehículos sin autorización. Los accidentes sufridos durante la conducción de cualquier clase de vehículo a motor sin poseer o tener vigente el correspondiente permiso de circulación, expedido por la autoridad competente.

2.2. Embriaguez, drogas. Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente, salvo que pueda probarse por parte del asegurado o beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará por estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, la presencia de un grado de alcoholemia en el momento del accidente que exceda del permitido legalmente, y el asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.

2.3. Agravación de las consecuencias del accidente. La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

2.4. Navegación aérea o marítima. Salvo pacto en contrario, la utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea o de líneas marítimas, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea distinto a los aviones de líneas regulares o vuelos "chárter".

2.5. Las lesiones o afecciones siguientes: neuropatías, algias, cualquier proceso de dolor sin sintomatología clínica comprobable, así como las curas de reposo o los exámenes de estado de salud.

2.6. Deportes profesionales. Los accidentes producidos en la práctica de cualquier deporte realizado profesionalmente, salvo pacto expreso en contrario.

2.7. Deportes no profesionales. Salvo pacto expreso en contrario especificado en las condiciones

particulares, y el abono de la sobreprima correspondiente, **los accidentes ocurridos durante la práctica de las siguientes actividades deportivas:**

- **Automovilismo o motociclismo, en cualquier modalidad.**
- **Acuáticas:**
 - **Navegación de recreo a vela o en yate a más de 5 millas de la costa respectivamente.**
 - **Inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros.**
 - **Uso de motos náuticas saltos, paracaidismo acuático, deportes en aguas bravas (tales como rafting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob, piragüismo y en general cualquier otro deporte en aguas bravas).**
 - **Surf, towsurf, windsurf, kitesurf, esquí acuático, wake-board y similares deportes náuticos.**
- **Actividades aeronáuticas y deportes aéreos tales como: ascensión en globo, aerostatos, ala delta, paracaidismo, parapente, puenting, bungee jumping, salto base, y cualquier deporte de saltos con sujeción de cordajes; ultraligeros, planeador, moto planeador, vuelo libre con motor o acrobático y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.**
- **Artes marciales y deportes de contacto, tales como; boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.**
- **Deportes de invierno: bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera de pistas, esquí con saltos de trampolín, heli-ski, esquí alpino o de montaña, moto de nieve, skeleton y similares.**
- **Montaña y subsuelo: alpinismo (ascensiones a más de 4.500 m. o con uso de medios técnicos de progresión), escalada y/o rappel., espeleología o accidentes en rocódromos y similares.**
- **Polo y deportes hípicos, excepto paseo.**
- **Varios: caza mayor fuera de España, así como otros deportes con armas de fuego, ciclismo (en modalidades de trial, bicicross BMX u otras de similar riesgo), halterofilia, corte de troncos, levantamiento de piedras, rugby, fútbol americano, hockey en sus diferentes modalidades, street luge, patinaje estilo agresivo (piruetas en barandillas, saltar rampas y escaleras, etc.) y similares.**
- **Toreo, encierro de reses bravas y suelta de vaquillas.**

2.8. Expediciones y viajes de exploración. Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.

Forma de contratación seguro innominado

1. Forma de inclusión de los asegurados en la póliza

En las condiciones particulares figurará la forma de contratación. Para la inclusión e identificación del grupo asegurado en la forma de contratación *innominada*, quedarán automáticamente incluidos en las coberturas de la póliza todos los trabajadores que figuren en la nómina del tomador, inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social a través del documento TC2 (o documento análogo que le sustituya), cuando se establezca el seguro para toda la plantilla.

A tal efecto, el tomador al suscribir la póliza declarará el número de trabajadores dados de alta en el TC2 del cierre del mes anterior al de la fecha de efecto del seguro. Este dato servirá posteriormente

para la regularización anual prevista en el capítulo siguiente.

Si la contratación se realiza para unas determinadas categorías o grupos profesionales, quedarán incluidas en las coberturas de la póliza todas las personas que tengan la condición de asegurados dentro del grupo, según consta en las condiciones particulares de la póliza.

2. Variación del grupo asegurado. Regularización de la prima de seguro

En los seguros contratados de forma innominada, la prima percibida por el asegurador al inicio de la anualidad del seguro se considera provisional, **regularizándose obligatoriamente al finalizar el periodo anual de cobertura** en base al número real de asegurados que figuren en las declaraciones de trabajadores dados de alta en las hojas de cotización TC2 de la Seguridad Social, durante los 12 meses naturales comprendidos entre el mes de inicio y el de finalización del seguro.

A tal efecto, el tomador se obliga a remitir documento firmado al asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará mes a mes el número de trabajadores a su cargo afiliados al régimen general de la S. Social.

En base a esta información, el asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo anual transcurrido, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Se establece una prima neta mínima e inextornable, que corresponderá con el 75% de la prima neta anual de la póliza.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, **con el límite de la prima neta mínima fijado en el párrafo anterior.**

3. Comprobación de los registros oficiales del tomador

El tomador se compromete a permitir que los representantes del asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los libros oficiales de matrícula a la Seguridad Social de la empresa, así como a facilitar al asegurador cuanta información precise para la comprobación y control de los riesgos asegurados por esta póliza.

Comunicaciones

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el tomador del seguro al referido agente de seguros se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario

de éste.

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Bases del contrato

Duración de la póliza y plazo de preaviso de anulación

La duración del contrato será determinada en las condiciones particulares, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Declaraciones del tomador del seguro, plazo para subsanar errores de la emisión de la póliza

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Modificaciones del riesgo

El tomador del seguro o el asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior 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.

En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del 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.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con 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.

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.

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.

Ámbito temporal de la cobertura

Las coberturas se garantizan si el hecho causante ha ocurrido durante la vigencia de la póliza. **El ámbito temporal de la cobertura será el que figure contratado, sea laboral, extra-laboral o 24 horas.**

Cambio de la actividad o profesión asegurada

En el supuesto que varíe la actividad del riesgo asegurado durante la vigencia del contrato, el tomador se obliga a comunicar dicha circunstancia al asegurador para modificar, si corresponde, las

condiciones contractuales.

Caso de producirse el evento amparado por la póliza y no coincidir la profesión o actividad declarada en las condiciones particulares con la real del asegurado, o del grupo asegurado, **el asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera actividad profesional. Si ésta estuviera excluida de las normas de contratación de la entidad aseguradora, el hecho acontecido no será indemnizable**, procediéndose por parte del asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del tomador o asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en la póliza, el asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

Perfección y efecto del contrato

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima**, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares. **En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.**

b) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

Siniestros

Declaración de siniestro y plazo de comunicación

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Colaboración del tomador en caso de siniestro

El tomador del seguro o el asegurado deberá 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.

Aminoración de las consecuencias del siniestro

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las

consecuencias del accidente, o en su caso de la enfermedad, con el fin de conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento. 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 este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Intereses de demora

Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, aunque se consideren válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

- 1.** Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.
- 2.** Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.
- 3.** Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.
- 4.** La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5. En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

6. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la

reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7. Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8. No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9. Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en retraso injustificado del pago únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por retraso injustificado del pago en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10. En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Subrogación

Para la cobertura de asistencia sanitaria, de haberse contratado ésta, el asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.**

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

Siniestros: pago de la indemnización

El asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

1. En el ámbito laboral, y para las coberturas que tienen carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social, la indemnización se efectuará en base a las resoluciones de los organismos dependientes de la Seguridad Social y/o por la jurisdicción laboral, que tengan carácter firme (sin posibilidad de recurso).

2. En el ámbito distinto al laboral, cuando no exista vinculación a las resoluciones de la Seguridad Social o de la jurisdicción laboral, como norma general:

a) Se indemnizará al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Se indemnizará cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado. La abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, se indemnizará conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) 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 pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las reglas que se establecen en el epígrafe "Intereses de demora" de este apartado "Siniestros".

Tasación y liquidación de la indemnización

Determinación del grado de invalidez

La determinación del grado de invalidez se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme a lo establecido en "Tasación de siniestros" que sigue a continuación.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este

CONDICIONES GENERALES

último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán un tercer perito médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación será por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito médico tercero.

El dictamen de los peritos médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos médicos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos médicos en un plazo de cinco días. En el supuesto de que por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Pago de honorarios profesionales

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y del asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Accidentes intencionados

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

Consecuencias del impago de primas

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período 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 pagó su prima.

Domicilio de pago de la prima por defecto

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato.

Si en la póliza 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.

Determinación y pago de la prima

a) La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las condiciones particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

b) **La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico actuariales, tenga vigentes en cada momento el asegurador.** Para su determinación también se considerarán, además del factor de edad cumplida del asegurado, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en "Modificaciones del riesgo" del apartado Bases del contrato de estas condiciones generales. Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

Resolución en caso de siniestro

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes

podrán resolver el contrato de seguro. La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella. Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el asegurador procederá a devolver al tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

Nulidad y pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) **En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de seguro, si medió dolo o culpa grave.**
- b) **En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) **Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
- d) **Si el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, no facilitan al asegurador la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**
- e) **Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del tomador del seguro o del asegurado.**

Delimitación geográfica

Las coberturas amparadas por la presente póliza surten efecto en todo el mundo, **con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.**

Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco años si el seguro es de personas.

Jurisdicción

El presente contrato de seguro queda sometido a la legislación española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuera en el extranjero.

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

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

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos

públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- **Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).**
- **A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).**

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

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

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección Defensa.Cliente.GCO@grupocatalanaoccidente.com, o ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, www.plusultra.es en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del tomador, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas,

pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

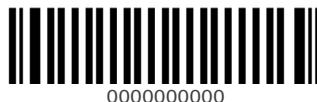
El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.plusultra.es/esp/politica-privacidad>

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@grupocatalanaoccidente.com y/o de la dirección postal, Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) Madrid.

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

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



Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador AGD, S.L. declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

Asimismo, el tomador declara haber recibido, de manera previa a la contratación del seguro, la información general previa prevista en los artículos 174 y 175 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, y en particular, el documento de información sobre producto de seguro previsto en el artículo 176 del referido Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, en relación con el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre producto de seguro, habiendo sido informado asimismo de que este documento está disponible en la página web del asegurador: www.plusultra.es

En Madrid a 29 de diciembre de 2022

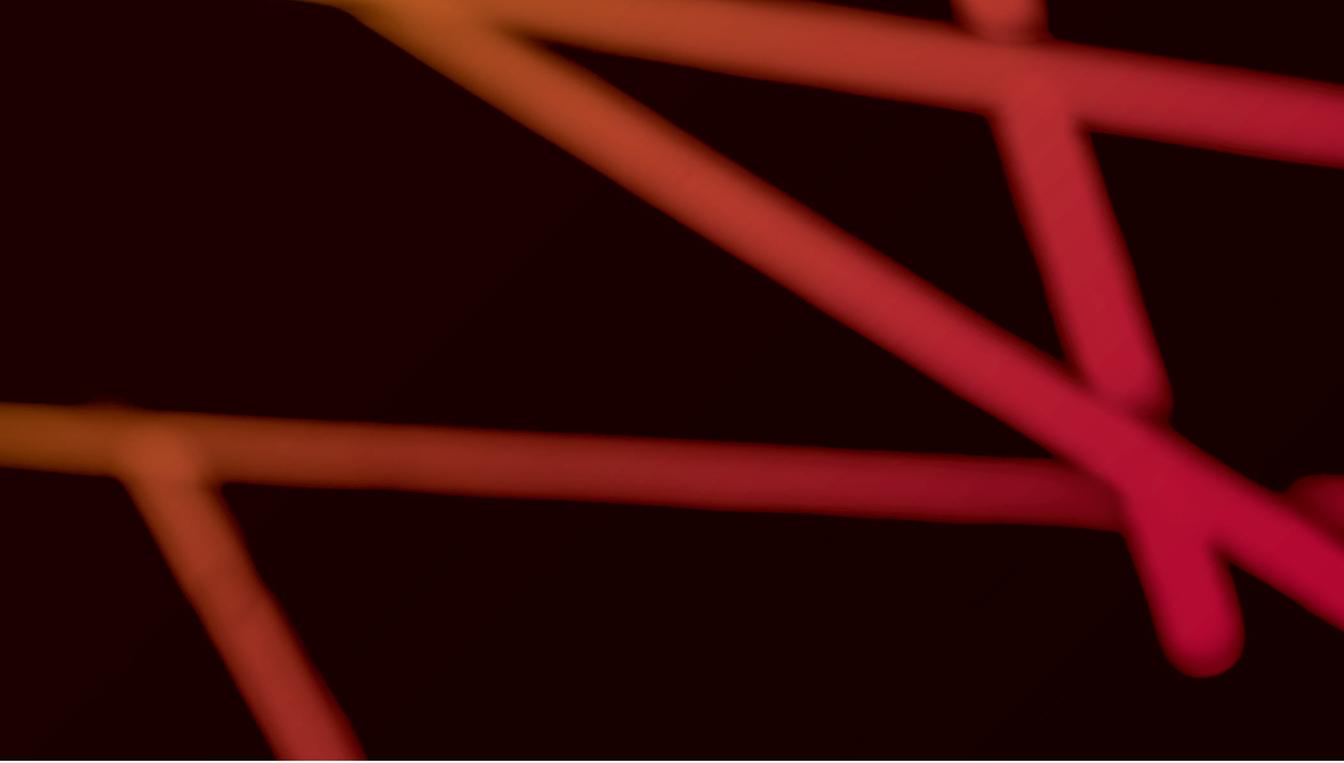
Por la entidad



Julián Herrera García
Director general

Tomador del seguro

AGD, S.L.



Grupo Catalana Occidente

www.plusultra.es

Teléfono de contacto

917 83 83 83

 **PlusUltra**
Seguros

Data 29-12-2022	Clau oficina 901	Oficina CALDES DE MONTBUI	Timestamp 2022-12-29-05.17.22.658955	Referència única SPU00008886752281222
Nom del creditor PLUS ULTRA SEGUROS				Referència del càrrec 421124813-S 5-48308474-P
Identificació del creditor ES68111A30014831		Nom de l'últim creditor		
Nom del deutor AGD, S.L.		Nom de l'últim deutor		Banc creditor 0081-5136
RECIBO: 421124813 POLIZA: 548308474 VIGENTE DE 29.12.2022 A 29.12.2023 MOD: CONSTRUCCION				
Import en EUR 1.626,35	Comissió en EUR 0,00	Valoració 29-12-2022		00 0000
IBAN ES64 0081 0028 6900 0114 1717				



AGC 2021, S.L.

AV PI I MARGALL , 114 - BAIXOS

08140 CALDES DE MONTBUI (BARCELONA)

Document obtingut electrònicament.
Vàlid, llevat discordança amb els registres del Banc.

0M252C-221229-E-OND-GBSE-0400-02-023397-016830-IAHISCON