

Domiciliació de pagaments
Càrrec

Data	Codi Compte Client (CCC)	Identificador compte IBAN	Referència
12.10.20	2100 0695 64 0200119930	ES34 2100 0695 6402 0011 9930	11BIDH060956
Data Valor	Entitat ordenant/Identificador(*)		Titular
13.10.20	PLUS ULTRA SEGUROS ES68111A30014831		CONSPA CATALUNYA, S.L.
ACCIDENTES COLEC. CONVEN. PLUS 10-20 AL 09-10-21 POLIZA: BIDH060956 TFNO. 902151015			09-

Li notificuem que hem anotat en el compte de referència el càrrec que es detalla.

(*) Les dades que figuren han estat facilitades per l'entitat ordenant. Per a qualsevol aclariment, ha d'adreçar-se a aquesta.

En compliment amb la normativa SEPA és possible que el concepte estigui incomplet. Per a més informació sobre el càrrec ha de dirigir-se a l'entitat ordenant.

REF. SEPA BÀSIC: 123751919-Q 5-45907101-W

CONSPA CATALUNYA S.L.
VICENTE PUJOL ESQUIUS

00695

Import

1.502,01

CAMI DE SANT CRISTOFOL 2 BL NAU K POL INDUSTRIAL
08292 ESPARREGUERA BARCELONA

Total

1.502,01



Director Executiu
de Mitjans

Telèfon oficina: 937157220

GROUPAMA ACCIDENTES COLEC.CONVENIOS



Contrato de Seguro: BIDH060956

Fecha Inicio: 09-10-2007

Titular

CONSPA CATALUNYA,SL



Groupama

Seguros

Contrato de Seguro ACCIDENTES COLECTIVOS

GROUPAMA ACCIDENTES COLEC.CONVENIOS

Póliza Nº	BIDH060956
------------------	------------

Tomador del Seguro

Nombre	CONSPA CATALUNYA,SL
Domicilio	CL SANT CRISTOFOL,2 NAU.K
Código Postal	8292
Localidad	ESPARREGUERA
Provincia	BARCELONA
NIF/CIF	B62387659

Nombre del Mediador	MARC GARROS RIBERA Código:X08724/059/01 Agente de Seguros Exclusivo de Seguros Groupama Seguros y Reaseguros, S.A.
----------------------------	---

Acceso a la Sucursal Internet de Groupama: www.groupama.es

Usuario	B62387659
Contraseña*	NZBO0COZB

* Si ya es cliente registrado, deberá utilizar su clave actual

Línea de Atención Telefónica: 902 15 10 15

GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
Sede Social: Plaza de las Cortes, 8 - 28014 - MADRID - ESPAÑA
Registro Mercantil de Madrid, hoja 97987
C.I.F.: A-30014831 - DGS y FP C-517



ADOP
Patrocinador
del Equipo
Paralímpico
Español

Índice:

I.- CONDICIONES PARTICULARES

II.- CONDICIONES GENERALES

II.1.- MARCO NORMATIVO

II.2.- DEFINICIONES

II.3.- EXTENSIÓN DEL SEGURO

- Artículo 1º.- Objeto del seguro
- Artículo 2º.- Accidentes objeto de la garantía
- Artículo 3º.- Extensión territorial
- Artículo 4º.- Exclusiones
- Artículo 5º.- Alcance de la indemnización

II.4.- GARANTÍAS DEL SEGURO

- Artículo 6º.- Muerte

II.5.- DISPOSICIONES COMUNES

- Artículo 7º.- Bases del contrato
- Artículo 8º.- Perfección y efectos del contrato
- Artículo 9º.- Duración del contrato
- Declaraciones sobre el riesgo:**
- Artículo 10º.- En el acto de suscripción y durante la vigencia del contrato
- Artículo 11º.- Facultades del Asegurador ante declaración falsa o inexacta
- Artículo 12º.- Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato
- Artículo 13º.- Consecuencia de no comunicar la agravación del riesgo
- Artículo 14º.- Disminución del riesgo
- Artículo 15º.- Pago de la prima
- Artículo 16º.- Consecuencias del impago de primas
- Siniestros:**
- Artículo 17º.- Declaración del siniestro
- Artículo 18º.- Procedimiento en caso de siniestro
- Artículo 19º.- Pago de Indemnizaciones
- Artículo 20º.- Subrogación
- Artículo 21º.- Prescripción
- Artículo 22º.- Jurisdicción
- Artículo 23º.- Comunicaciones

II.6.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS

II.7.- RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

- Artículo 24º.- Oficina de Atención al Asegurado

CONDICIONES PARTICULARES
EFFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO DEL SEGURO

Fecha Efecto:	09/10/2007	A las 24:00 horas
Fecha Vencimiento:	09/10/2008	A las 24:00 horas
Duración del Seguro:	ANUAL PRORROGABLE	
Forma de Pago:	ANUAL	

PRIMAS Y PERIODO PRIMER RECIBO

	Prima Neta	Consortio	IPS	Total
Primer Recibo:	1.190,91	7,87	0,00	1.198,78
Sucesivos:	Según Tarifa Vigente			

DOMICILIO DE COBRO

Banco/Caja:	CAIXA D'ESTALVIS DE CATALUNYA
Código Entidad:	2013
Sucursal:	299
Domicilio:	PZA. CATALUNYA, 27 , OLESA DE MONTSERRAT - BARCELONA
Número de cuenta:	0201526615

DATOS DEL RIESGO

Nombre Asegurado:	SEGUN ESTADOS TC1 Y TC2
Beneficiarios:	Según se establece en Condiciones Particulares.

GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Los capitales y garantías reflejados en las presentes Condiciones Particulares corresponden al Asegurado con mayor capital contratado. Para el resto de asegurados, el capital se detalla en hojas anexas.

GARANTÍAS CONTRATADAS	SUMAS ASEGURADAS
1.- MUERTE POR:	
- Accidente Laboral	43.000,00
- Enfermedad Profesional	43.000,00
- Accidente No Laboral	2.000,00
2.- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR:	
- Accidente Laboral	43.000,00
- Enfermedad Profesional	43.000,00
3.- INVALIDEZ PERM. TOTAL PARA PROFESION HABITUAL POR:	
- Accidente Laboral	25.000,00
- Enfermedad Profesional	25.000,00
5.- MUERTE NATURAL	2.000,00
6.- GRAN INVALIDEZ POR:	
- Accidente Laboral	43.000,00
- Enfermedad Profesional	43.000,00

II.- CONDICIONES GENERALES

II.1.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., tiene su domicilio en Madrid, Plaza de las Cortes, 8, siendo aplicable al presente contrato la legislación española.

El presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y demás legislación aplicable, así como por expresamente pactado en este contrato.

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

- = Servicio de Atención al Cliente (SAC) de GROUPAMA Seguros, a través de su web en Internet: www.groupama.es
- = Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de los Planes de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) GROUPAMA Seguros
- = Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado

II.2.- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A., Compañía privada de Derecho Español, con domicilio social en España, Plaza de las Cortes, 8 - 28014 - MADRID, como la entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, correspondiendo a la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda el control y supervisión de la actividad aseguradora.

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

ASEGURADO: Los empleados del Tomador del Seguro afiliados a través de éste a la Seguridad Social.

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

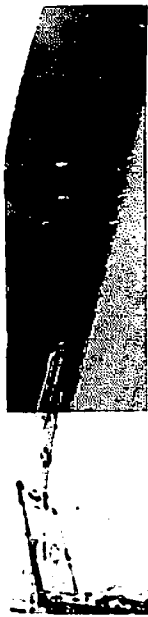
PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales; las Particulares y las Especiales que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices a la Póliza que se emitan para complementarla o modificarla.

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

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

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

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



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

II.3. EXTENSIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante la vigencia de la póliza en el ejercicio de su profesión, indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante, si se hace constar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza que se amplía la cobertura a los accidentes ocurridos en el ámbito no laboral, se hace extensivo el seguro a los accidentes ocurridos en su vida privada, de acuerdo con la definición de accidente contenida en el apartado II.2.- Definiciones.

ARTÍCULO 2º. ACCIDENTES OBJETO DE LA GARANTÍA

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

1. Los accidentes derivados del uso por el Asegurado, como conductor o pasajero de automóviles, bicicletas, ciclomotores y motocicletas de cilindrada igual o inferior a 125 centímetros cúbicos.
Si así se pactara de forma expresa, se podrán garantizar los accidentes derivados del uso de motocicletas de cilindrada superior a 125 centímetros cúbicos.
2. Los que resulten de la utilización por el Asegurado, como pasajero, de los medios de transporte público de viajeros siguientes:
 - a) Por vía terrestre, férrea o fluvial.
 - b) Por vía marítima, bajo la única condición de que la travesía se realice en un servicio regular de viajeros.
 - c) Asimismo quedan garantizados los accidentes que resulten del uso por el asegurado de un medio de transporte aéreo de conformidad con lo establecido en el apartado "Exclusión de cobertura del Riesgo de Aviación" indicado al final de estas Condiciones Generales.
3. Los accidentes ocurridos en el curso de intento de salvamento de personas o bienes.
4. Las agresiones no provocadas por el Asegurado y los accidentes ocurridos en caso de legítima defensa.
5. Si se hace constar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza que se amplía la cobertura a los accidentes ocurridos en el ámbito no laboral, quedan igualmente comprendidos los accidentes sufridos como consecuencia de la práctica por el Asegurado, **únicamente en calidad de amateur y con fines de distracción**, de actividades deportivas, **que excluidas aquellas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a)**. Dichas actividades deportivas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a sólo podrán incluirse mediante pacto expreso específico en Condiciones Particulares, diferente de la ampliación al ámbito laboral.
6. Los accidentes causados por rayo, incendio, electricidad, quemaduras.
7. Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; sólo cuando el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.



8. La asfixia por inmersión o por escape de gas o vapores tóxicos.
9. La ingestión, por error o acto criminal de terceros, de productos tóxicos o corrosivos, **excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes o alucinógenos.**
10. Los casos de rabia o carbunco a consecuencia de mordeduras de animales o picaduras de insectos; las mordeduras de serpientes.
11. Las consecuencias fisiológicas de operaciones quirúrgicas, a condición de que hayan sido originadas por un accidente garantizado.
12. Tendrán consideración de accidente la Meningitis proveniente de traumatismo cráneo-encefálicos abiertos; la Encefalitis proveniente de vacunación de Polio, Difteria o Sarampión; el Tétanos proveniente de heridas por accidente.
13. Se consideran accidente las torceduras, esguinces y/o distensiones causados por **tensiones musculares repentinas derivadas de causa accidental y externa.**

ARTÍCULO 3º. EXTENSIÓN TERRITORIAL

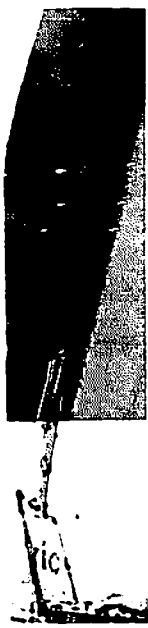
1. Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo. Para los siniestros ocurridos en el extranjero las indemnizaciones se abonarán al Asegurado o Beneficiario en España.
2. Para la garantía de Asistencia Sanitaria, con respecto a los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

ARTÍCULO 4º. EXCLUSIONES

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

1. PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

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



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

2. RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

a) Los accidentes que sufra el Asegurado practicando:

- Boxeo, judo, artes marciales y deportes similares.
- Paracaidismo, aerostación, parapente, ala delta, vuelo sin motor, vuelo motor, vuelo libre, vuelo acrobático, ultraligeros, puenting.
- Rugby, hockey sobre hielo.
- Buceo deportivo con escafandra autónoma y pesca submarina, navegación a en mar a más de cinco millas de la costa. Motonáutica, cuando la embarca pueda alcanzar una velocidad superior a veinte nudos.
- Espeleología, alpinismo, escalada y montañismo.
- Esquí y deportes de invierno.
- En general, cualquier deporte o actividad recreativa de características similares a las descritas o cuya peligrosidad sea notoriamente elevada.

b) Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte profesional, así como la participación en todo tipo de competiciones deportivas, torneos organizados por federaciones, así como en aquellas que aun si no organizados por organismos distintos, obligue al participante a tener licencia deportiva; pruebas y concursos, o en sus ensayos preparatorios, cuyo objetivo sea la consecución de premio.

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

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

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

f) Infarto de miocardio, salvo que fuera considerado accidente por la Unidad de Valoración Médica de la Seguridad Social.

g) Enfermedad profesional, salvo que se encuentra comprendida expresamente en el propio convenio y así indicada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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

i) Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.

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

k) Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.



- l) Participación activa en fiestas populares que entrañen un riesgo para las personas, como lanzamiento de fuegos artificiales, suelta de vaquillas, toreo y encierro de reses bravas y similares
- m) Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.
- n) El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la automutilación.
- o) Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente. A estos efectos, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al indicado en la normativa vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- p) Los accidentes que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas de cualquier naturaleza, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa, y los que sean consecuencia de imprudencia temeraria o infracciones de reglamentos por el propio Asegurado.
- q) La intoxicación o envenenamiento accidental producida por la ingestión de alimentos en mal estado.
- r) Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- s) Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz.
- t) Los hechos derivados de terrorismo
- u) Los accidentes derivados de acontecimientos extraordinarios, tal y como se definen en el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, o en las disposiciones legales equivalentes vigentes en el momento del siniestro.
- v) Los accidentes ocurridos como consecuencia de la conducción de ciclomotores o motocicletas en caso de que la cilindrada de las mismas fuera superior a 125 centímetros cúbicos, salvo pacto expreso en contrario.
- w) Las consecuencias, directas o indirectas, producidas por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana).
- x) Las inoculaciones infecciosas y pinchazos que se produzcan aún de forma accidental por el Asegurado.

NATURALEZA DE LAS INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 5º. ALCANCE DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

En caso de agravación de las consecuencias del accidente a causa de enfermedad del Asegurado, preexistente o sobrevenida después de ocurrido el accidente, el Asegurador responderá tan sólo de

las consecuencias naturales que se hubieran derivado del accidente en caso de no padecer enfermedad. Corresponderá al facultativo establecer estas circunstancias.

II.4.- GARANTÍAS DEL SEGURO

ARTÍCULO 6º. MUERTE

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

II.5.- DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 7º. BASES DEL CONTRATO

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

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

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

ARTÍCULO 8º. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

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

ARTÍCULO 9º. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.
3. Las partes podrán oponerse a la prórroga anual del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de DOS MESES de antelación al vencimiento del período de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.
4. La póliza queda automáticamente cancelada a la terminación del período de seguro en que el Asegurado haya cumplido los setenta años de edad. Sólo mediante estipulación especial podrá prolongarse el seguro a partir del indicado límite, entendiéndose en todo caso como tal el pago, aceptado por el Asegurador, de la prima anual del vencimiento inmediato.
5. En el supuesto de que, por cualquier causa, se produjese la finalización del contrato de seguro antes del plazo de vencimiento pactado o del de cualquiera de sus prórrogas, al amparo del principio de "indivisibilidad de la prima"; el Asegurador tendrá derecho a hacer suya la totalidad de la prima correspondiente al período de vigencia durante el cual acontezca la finalización del contrato de seguro, viniendo el tomador obligado a satisfacer al Asegurador en ese momento la totalidad de la prima de seguro pendiente en caso de haberse contratado el pago aplazado de la misma.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 10º. EN EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

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

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

ARTÍCULO 11º. FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

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



prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 12º. AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

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

ARTÍCULO 13º. CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

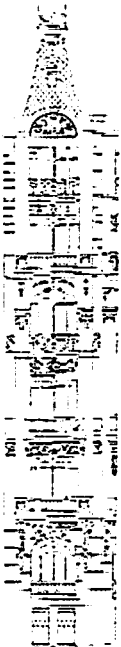
Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro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

ARTÍCULO 14º. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

ARTÍCULO 15º. PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas deberán ser pagados efectivos en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.
3. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba producir efecto.
4. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.



- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

ARTÍCULO 16º. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

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

SINIESTROS

ARTÍCULO 17º. DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

1. El Tomador del seguro y/o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
2. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:
 - a) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones. Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado o del Tomador del seguro.
 - b) Dar inmediato aviso al Asegurador, cuando el accidente haya ocasionado la muerte del Asegurado o cuando ésta sobrevenga durante el período de curación.
 - c) Permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.
3. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 18º. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1. Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono



injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurado liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivar de esta circunstancia.

2. Los interesados deberán facilitar al Asegurador los informes que éste les pueda pedir sobre el accidente y la evolución de las lesiones del Asegurado, que queda obligado a someterse al reconocimiento de los médicos que el Asegurador designe y trasladarse, por cuenta propia, al lugar que corresponda para pasar tal reconocimiento.
3. En caso de muerte del Asegurado, los interesados deberán aportar, lo antes posible, al Asegurador el informe médico sobre la asistencia que se le haya prestado y certificado, el acta de defunción, además de la información complementaria que aquél solicite.
4. El Tomador del seguro, el Asegurado y los Beneficiarios se comprometen a no revelar el secreto profesional, respecto a la información que pueda solicitar el Asegurador o sus profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente.

ARTÍCULO 19º. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante.

El reconocimiento del derecho a la prestación para la garantía de invalidez, si bien encuentra amparada en la póliza, nace en la fecha en que se emite el dictamen de la Valoración Médica de Incapacidades de la Seguridad Social, en cuya calificación se incluye la declaración de situación de invalidez y la determinación de su grado concreto.

Para obtener el pago, el Tomador del seguro deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos, que según corresponda, se indican a continuación:

- a) En Fallecimiento, los certificados literales de nacimiento y defunción del fallecido, la certificación del Registro General de Actos de Últimas Voluntades, y el testamento, certificación respecto a si en el mismo se designan beneficiarios y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios y la carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones. Si los beneficiarios fuesen los herederos testamentarios será necesario, además, el auto de Declaración de Herederos del juez competente.
- b) En Invalidez Permanente, la calificación de Invalidez Permanente de la U.S. Seguridad Social.

Los efectos económicos de la Invalidez Permanente se retrotraen a la fecha del hecho causante. La fecha a considerar será aquella en la que tiene lugar el daño que actúa como causa directa del daño producido con posterioridad, con independencia de la fecha de aparición del daño. (STSG de 1 de febrero 2000).

- c) En Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta que determinen esta incapacidad y su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior.
 - d) En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento, se remitirán al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.
2. El Asegurador deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que puede deberse en estas circunstancias por él conocidas, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de accidente al beneficiario legitimado en forma legal, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos. En los casos de invalidez este plazo se computa desde la presentación al Asegurador de la calificación de Invalidez Permanente de la U.S. Seguridad Social.



ARTÍCULO 20º. SUBROGACIÓN

1. El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
2. En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

ARTÍCULO 21º. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 22º. JURISDICCIÓN

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

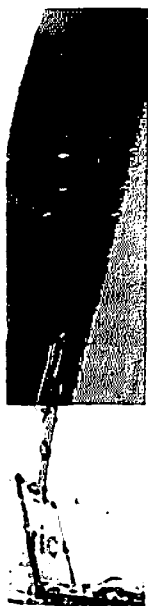
ARTÍCULO 23º. COMUNICACIONES

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

II.6.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS**CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS EN PERSONAS.**

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el



Consortio 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 estuviera 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 de acreedores o estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

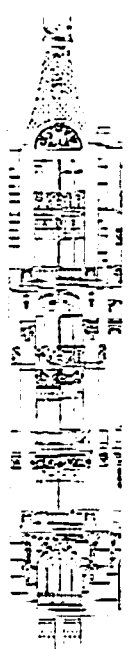
RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquél en el 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 de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1970, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiese provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjera un carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones o manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1987, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de las mismas.



huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

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

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

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

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

II.7.- RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ARTÍCULO 24º. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

FUNCIÓN:

Groupama Seguros pone a disposición; de sus Tomadores de Seguros, Asegurados, Beneficiarios, Terceros perjudicados o los causahabientes de cualquiera de los anteriores, así como igualmente de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones; un Servicio de Atención al Cliente (SAC), el cual será competente para conocer y resolver cuantas quejas y reclamaciones le formulen, sin límite económico, con excepción de las contenidas en el Reglamento para la Defensa del Cliente, en relación con las Pólizas de Seguros de seguro concertadas con la Compañía, una vez haya agotado la vía ordinaria de reclamación ante los órganos competentes de la Sociedad, o transcurridos 30 días sin que dichos órganos hayan contestado dicha reclamación.



NORMAS:

Las quejas o reclamaciones señaladas deberán efectuarse, por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC), preferentemente por medios telemáticos, a través del web en Internet de la Compañía, en la dirección www.groupama.es, y de conformidad con el Reglamento para la Defensa del Cliente.

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

El reclamante podrá hacer el seguimiento de la respuesta a su queja o reclamación a través de dicha página web en todo momento, donde igualmente podrá consultar el Reglamento de Defensa del Cliente por el que se regula la actividad del "Servicio de Atención al Cliente" Departamento o Servicio de Atención al Cliente de la entidad "GROUPAMA SEGUROS", el cumplimiento de las previsiones que se contienen en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras.

II.8 EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL RIESGO DE AVIACIÓN

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

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

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

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



INFORMACIÓN ADICIONAL**CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA**

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

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

Ramo: 11

Riesgo: 60

Número de Contrato: BIDH060956

CONDICIONES ESPECIALES

La presente póliza cubre los accidentes corporales de las personas al servicio de la Empresa Contratante, que figuren en los Estados TC1 y TC2 de Cotización a la Seguridad Social. Póliza establecida en base a 20 TRABAJADOR/ES, a razón de 59,54 EUROS por obrero/año.

CONVENIO DE: CONSTRUCCIÓN, AMBITO DE: INTERPROVINCIAL

BENEFICIARIOS: Según se establece en Condiciones Particulares.

DEFINICIÓN ACCIDENTE LABORAL

Se entiende como tal la lesión corporal derivada de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social y tenga como consecuencia la Muerte o la Incapacidad Permanente del Asegurado.

DEFINICIÓN ACCIDENTE NO LABORAL

Se entiende por accidente no laboral la lesión corporal derivada de causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante actos de su vida privada, que no sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social y tenga como consecuencia la Muerte o la Incapacidad Permanente del Asegurado.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entiende como tal la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta del Tomador, en las actividades que se especifican en el cuadro aprobado por las disposiciones de aprobación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

ADAPTACIÓN A LA NORMATIVA DE COMPROMISOS POR PENSIONES

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones estipuladas para las consecuencias de los accidentes corporales que puedan sufrir cualquiera de los trabajadores asegurados dependientes del Tomador, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1588/1999, de fecha 15 de Octubre de 1999 y conforme al Capítulo III, artículo 27, punto 3.

La presente póliza ampara las coberturas propias del convenio colectivo del sector indicado en las condiciones de la póliza, según el articulado del citado convenio colectivo facilitado por el Tomador del Seguro.

El Tomador del seguro viene obligado a comunicar al Asegurador, en su caso, las modificaciones de los compromisos establecidos mediante acuerdo colectivo o disposición equivalente con posterioridad a la formalización del presente contrato y al pago de la prima a que hubiere lugar.

Las obligaciones del Asegurador, vienen determinadas por lo establecido en este contrato conforme a lo señalado en los apartados anteriores exclusivamente, en tanto no se comunique por parte del Tomador del Seguro cualquier modificación de los citados compromisos, los cuales tendrán validez desde la fecha de la comunicación y siempre que haya sido abonada la prima correspondiente, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza.

DEFINICIÓN DE ASEGURADO

A los efectos de la cobertura del presente seguro se entienden como Asegurados todos los empleados del Tomador del Seguro afiliados a través de éste a la Seguridad Social (Tc2).

ALCANCE DE LA COBERTURA

El seguro es válido para todas las garantías específicamente contratadas en el apartado "Garantías y Sumas Aseguradas" de las presentes Condiciones Particulares, relativas a los empleados del Tomador adscritos a la actividad profesional a la que hace referencia el Convenio Colectivo reseñado en las mismas, que figuren de alta en la Seguridad Social y por los que se coticen las respectivas cuotas, con los límites de capitales que aparecen especificados para cada garantía.

ÁMBITO TERRITORIAL Y DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA

Ambito Territorial de la cobertura

Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo. Para los siniestros ocurridos en el extranjero, las indemnizaciones se abonarán al Asegurado o Beneficiario en España.

Delimitación Temporal de la cobertura

Expresamente se hace constar que se considerará como fecha del siniestro de muerte o invalidez, a efectos de las prestaciones aseguradas, la fecha del accidente.

En el caso de que se hubiera pactado expresamente la cobertura de Invalidez por Enfermedad Profesional, se considerará como fecha del siniestro, a efectos de las prestaciones aseguradas, la fecha de Informe Propuesta de Declaración de Invalidez por Enfermedad Profesional que emita la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social.

El Tomador del Seguro declara que, en el momento de formalizar la póliza, no se encuentra ninguna persona asegurada en situación de Incapacidad Temporal (en su caso Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional) derivada de Enfermedad Profesional. En consecuencia, el Tomador del Seguro acepta expresamente que el Asegurador no se hará cargo de ningún siniestro que se derive de enfermedad profesional cuya fecha de ocurrencia o fecha de manifestación sea anterior a la fecha de efectos del presente contrato.

GARANTIAS Y CAPITALES ASEGURADOS

El seguro ampara las garantías y capitales contratados e indicados en el apartado "Garantías y Sumas Aseguradas" de las presentes Condiciones Particulares, y ello aún en el caso de que dichas garantías y/o capitales no coincidan con los señalados en el Convenio Colectivo.

No obstante, con independencia de lo indicado en el apartado precedente y para paliar las posibles diferencias de capitales motivados por los incrementos que anualmente se pueden producir y que no estuvieran reflejados en la póliza, el Asegurador amplía de forma automática los capitales de las garantías que en la actualidad se encuentren contratadas, en un 10% con un límite de 2.000 euros, siempre que exista insuficiencia de capitales en las garantías contratadas en la póliza por actualización del convenio.

Si aún habiendo aplicado el porcentaje indicado con su límite de capital, los nuevos valores del Convenio superasen a los capitales actualizados, el Tomador del Seguro asumirá las diferencias que pudieran existir.

Queda obligado el Tomador del Seguro a comunicar al Asegurador los cambios que se hubieran producido en el Convenio Colectivo, con el fin de proceder a la regularización de la prima, y emitir el correspondiente suplemento de adecuación de capitales.

Del mismo modo, el Tomador del Seguro declara aceptar las actualizaciones de garantías y capitales que el Asegurador realice, por tener conocimiento éste de las modificaciones producidas en los convenios, con efecto de la fecha de la última publicación en el Boletín Oficial correspondiente, pero limitado a la última anualidad de seguro ya finalizada.

Si el Tomador rechazase la actualización de garantías y capitales, y deviniese un siniestro amparado en la póliza, el Asegurador sólo vendrá obligado a pagar el capital asegurado.

GARANTIAS ASEGURADAS

La cobertura del seguro comprende las garantías indicadas a continuación:

MUERTE

(Por accidente laboral o no laboral o enfermedad profesional, según se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza).

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador indemnizará a los beneficiarios el capital asegurado.

FALLECIMIENTO POR MUERTE NATURAL

En caso de fallecimiento natural o por enfermedad común, el Asegurador indemnizará hasta el límite indicado como capital asegurado para esta garantía.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO

(Por accidente laboral o no laboral o enfermedad profesional, según se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza).

Se entiende como tal la que imposibilite por completo al Asegurado para toda profesión u oficio. El pago de la indemnización por esta Invalidez excluye el pago de cualquier otra garantía de Invalidez que pudiera garantizar la presente póliza.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL

(Por accidente laboral o no laboral o enfermedad profesional, según se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza) Se entiende como tal la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Cuando la Invalidez sea derivada de un accidente laboral o enfermedad profesional, el capital garantizado se indemnizará cuando sea reconocida y aceptada esa Invalidez como consecuencia de un accidente laboral o enfermedad profesional, al Asegurado por la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social.

Cuando la Invalidez sea derivada de un accidente no laboral, el capital asegurado se indemnizará cuando el Asegurado resulte afectado de ese grado de Invalidez.

El pago de la indemnización por esta Invalidez excluye el pago de cualquier otra garantía de Invalidez que pudiera garantizar la presente póliza.

GRAN INVALIDEZ

(Por accidente laboral o no laboral o enfermedad profesional, según se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza).

Se entenderá por Gran Invalidez la situación del trabajador afecto de una Invalidez 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.

El pago de la indemnización por esta Invalidez excluye el pago de cualquier otra garantía de Invalidez que pudiera garantizar la presente póliza.

LÍMITE DE GARANTÍAS EN CASO DE CUMULO

Queda convenido que si las personas aseguradas por esta póliza sufrieran un accidente del que resultasen varias víctimas, la indemnización será fijada en la póliza para cada una de ellas, sin que el total a indemnizar por el Asegurador en el siniestro pueda exceder de

3.005.060,52 de euros, repartiéndose, en su caso, dicha cantidad proporcionalmente a los capitales asegurados para cada individuo.

RENUNCIA DEL TOMADOR A DESIGNAR BENEFICIARIOS

El Tomador del Seguro renuncia expresamente a las facultades de designación y modificación de beneficiarios, delegando tales derechos en toda su extensión, en las personas de los Asegurados.

En defecto de una designación expresa para el caso de fallecimiento, serán considerados BENEFICIARIOS por el siguiente orden de preferencia:

1º Cónyuge no separado legalmente, 2º Descendientes; 3º Ascendientes legítimos; 4º Resto de herederos legales.

Prevalecerá no obstante, la designación expresa de Beneficiarios comunicada fehacientemente al Asegurador o la realizada en Testamento.

Para el caso de Invalidez, será BENEFICIARIO el propio Asegurado.

COMUNICACIONES Y LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

La prima neta anual consignada será considerada provisional, y será regularizada al final de cada anualidad de seguro, sobre la base del número real de empleados asegurados. Para ello el Tomador se obliga a:

* Facilitar una declaración donde se consigne el número de empleados declarados por meses, correspondientes a la anualidad de seguro a regularizar.



* Permitir a los representantes del Asegurador la comprobación de los libros oficiales de matrícula a la Seguridad Social.

En base a esta información, se efectuarán los cálculos oportunos sobre el número de personas aseguradas por mes o fracción de mes, para establecer la prima definitiva de la anualidad de seguro transcurrida.

PRIMA MÍNIMA e inextornable hasta la cual no se efectuará regularización alguna:

893,18 EUROS.

CLAUSULAS LIMITATIVAS :

En cumplimiento del Artículo 3º. de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador manifiesta expresamente la aceptación de las cláusulas limitativas que figuran resaltadas en negrita en las Condiciones Generales especialmente las que se refieren a:

- Exclusiones.
- Alcance de las indemnizaciones.
- Facultades del Asegurador ante declaración falsa o inexacta.
- Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato.
- Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo.
- Consecuencias del impago de la prima.
- Declaración de siniestro.
- Procedimiento en caso de siniestro
 - Pago de indemnizaciones.

Así mismo acepta de forma expresa el contenido de las cláusulas que componen las presentes Condiciones Particulares.

DECLARACION DEL SOLICITANTE - COBERTURA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El Tomador del Seguro declara que en el momento de la confección de la presente póliza, ninguno de los considerados asegurados en la misma, se encuentra en situación de baja laboral por enfermedad profesional o pendiente de calificación por la U.V.M.I. de la Seguridad Social de las lesiones o secuelas derivadas igualmente de enfermedad profesional.

LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable Groupama, entidad ante la que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

- * Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y
- * Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro.
- * Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.
- * Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo asegurador GROUPAMA en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo Groupama se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Groupama Seguros.

* Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

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

El Tomador/Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley 15/ 99, de 13 de diciembre, (LOPD), en la Plaza de las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el responsable del fichero, que es la propia entidad, GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A.

SUBSANACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

Madrid, a 09 de octubre de 2007

GRUPAMA		Grupama d'Assurances	
C/da Sant Cristòfol, 2 - N.º 11		08001 BARCELONA	
Dep. de ES BARCELONA		Tel. Fax 93 821 17 19	
www.grupama.com		BERGA	
El Tomador E-62387659	El Mediador		



Groupama Seguros, S.A.