



Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros y FUSTERIA BAU S.L.

Servicio Telefónico de Asesoría Jurídica

902 361 713

Teléfono de Atención al Cliente

902 344 000 / 932 220 212

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Índice

| | |
|---------------------------------|--|
| Condiciones Particulares | desde la página 1 hasta la 4 |
| Condiciones Especiales | desde la página 5 hasta la 20 |
| Condiciones Generales | desde la página 21 hasta la 28 |

Datos Compañía

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000

Patrimonio neto

Euros 3.851.183.265,98

Condiciones Particulares



1186364297

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Nº de póliza
8-10.295.799-L

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid
NIF: A-28119220

Tomador del seguro

FUSTERIA BAU S.L.
CNO. CAN TABAQUET, 4
08187 SANTA EULALIA DE
RONCANA - BARCELONA
NIF: B42877332

Oficina emisora

Sucursal Granollers

Agente exclusivo

Antoni Castro Vega
Girona, 2
08400 GRANOLLERS
Telf: 626524911

Riesgo asegurado y ámbito de la cobertura

Empleados que trabajan por cuenta del Tomador del seguro.
Número de Asegurados: 6
Actividad: MADERA: INDUSTRIA DE LA
Ámbito temporal de la cobertura: Laboral

Convenio laboral que regula la actividad

Ámbito : BARCELONA
Nº de convenio : 08005785011994
Publicado en Boletín Oficial el : 18.10.2019
Fecha inicio : 01.01.2020

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12:00 horas del día 11 de abril de 2021
Se establece por una duración de un año prorrogable
La forma de pago será anual cada 11 de abril.

Domicilio de cobro

BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA Número de cuenta (IBAN)
ES70 0182 3214 7302 0151 5688

Desglose del primer recibo de prima

| | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------|--------|
| Núm. del recibo: | 405962372-E | Consortio | 0,68 € |
| Periodo: | de 11.04.2021 a 11.04.2022 | Imp. s/primas 10,00: | 0,60 € |
| Prima neta: | 94,12 € | | |

PRIMA TOTAL

95,40 €

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

| Coberturas contratadas (*) | Ámbito Laboral € | Otros |
|--|-------------------------|--------------|
| Muerte por accidente | 30.059 | |
| Invalidez permanente absoluta por accidente | 30.059 | |
| Gran Invalidez por accidente | 30.059 | |
| Defensa Jurídica Laboral | | 6.000 euros |

Prima neta primera anualidad : 94,12

De todas las coberturas ofrecidas por el Asegurador, el Tomador del seguro contrata para cada uno de los 6 asegurados las que figuran en el cuadro anterior.

(*) las indemnizaciones a que puedan dar lugar cada una de estas coberturas y capitales no son acumulables entre sí.

Prima neta capitales convenio 94,12 Eur.

Prima neta póliza 94,12 Eur.

El Tomador del Seguro

El Mediador

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Nº de póliza
8-10.295.799-L

Datos facilitados por el Tomador del Seguro y que han servido a la Entidad Aseguradora para establecer las bases del contrato.

El Tomador del Seguro realiza las siguientes declaraciones respecto al riesgo asegurado:

1. Composición del grupo asegurado y Régimen de afiliación a la S. Social

El número de asegurados al inicio del contrato de seguro es de: 6
Este número corresponde al total de trabajadores de: Toda la Plantilla
El total de trabajadores asegurados, vinculados al tomador, figuran inscritos en el : Régimen General de la Seguridad Social
La dependencia laboral de todos los Asegurados es: Trabajo por cuenta ajena
Elige la forma de contratación de grupo: Innominado
Edades: No existe algún trabajador mayor de 69 años

2. Variación del grupo asegurado. Regularización al final de la anualidad de seguro

A final de cada anualidad vencida de seguro se obliga a comunicar al Asegurador el número real de trabajadores, mes a mes, que figuren de alta en las hojas de cotización a la Seguridad Social durante los 12 meses anteriores

Asimismo, acepta la regularización resultante del cálculo de la prima sobre el número real de asegurados, respecto del número que constaba al inicio de la cobertura, en los términos pactados en las Condiciones Especiales del contrato (en su apartado Generalidades, Variación del grupo asegurado, punto I.- Seguros contratados de forma innominada)

En caso de incumplimiento de la obligación de comunicación antes indicada, queda enterado de la posible aplicación de una regla de equidad por parte del Asegurador, sobre la indemnización a satisfacer en caso de siniestro cubierto, si el número real de asegurados en promedio anual, fuese superior al número declarado al inicio de la cobertura anual del seguro.

3. Estado de salud

Declara que en la fecha de emisión de este contrato, NO existe ningún trabajador de los incluidos en el grupo asegurado que:

- Se encuentre desde hace más de 6 meses en situación de incapacidad temporal con baja laboral, sea por causa de accidente laboral, extra-laboral o enfermedad profesional.
- Esté tramitando un expediente de Invalidez, por cualquier causa.
- Tenga concedida una Invalidez Permanente Total, por cualquier causa.

Asimismo se compromete a poner en conocimiento del Asegurador los datos de aquél o aquellos Asegurados que se encuentren en alguna de las circunstancias de estado de salud expresadas, y causen alta en la póliza con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, mientras permanezca éste vigente.

4. Actualización de coberturas / capitales según convenio laboral

Declara que las coberturas y sumas aseguradas que figuran en el contrato de seguro constituyen, en todo o en parte, obligaciones para el contratante derivadas de los pactos alcanzados a través del convenio laboral del sector que regula la actividad.

De acuerdo con los compromisos adquiridos, reconoce la obligación por su parte de solicitar al Asegurador, cuando se produzca, la modificación de las coberturas de la póliza que se deriven de

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

los pactos respecto del seguro de Accidentes colectivo, a partir de la publicación del convenio laboral y sus modificaciones posteriores.

El Asegurador responderá únicamente de lo pactado contractualmente en la póliza, y según el alcance de las coberturas contratadas, si bien podrá aceptar las modificaciones posteriores que pueda solicitarle el Tomador siempre que estén bajo los criterios y normas de suscripción que el Asegurador mantiene vigentes en cada momento.

Asimismo el Tomador acepta que, en caso de no solicitar la modificación del contrato al Asegurador, éste actualice los capitales y/o coberturas contratados según lo publicado en el convenio laboral.

En ese caso, el Asegurador notificará mediante carta al Tomador la modificación del contrato y el Tomador, salvo que manifieste su oposición en un plazo de 15 días a contar desde la fecha de comunicación del Asegurador, se compromete a aceptar dicha modificación y asumir a su cargo la variación de prima anual que represente. El suplemento al contrato de seguro tomará efecto el mismo día que fija las nuevas disposiciones laborales, respecto de la aplicación de los nuevos capitales o coberturas asegurables.

Definiciones

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.

No se considerarán accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, así como aquellos supuestos excluidos expresamente de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales o Generales del contrato.

ACCIDENTE DE CIRCULACION

Se entenderá como tal, a los efectos del presente contrato de seguro, la lesión corporal que sobrevenga al Asegurado por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mismo, que se origine en un hecho de la circulación en el que el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.- Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento.
- 2.- Como pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, que esté destinado al transporte de personas.
- 3.- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- 4.- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**

ACCIDENTE LABORAL

Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, que 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

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante actos de su vida privada o extra-laboral, y que no sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social u Organismo laboral competente.

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.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Salvo designación expresa en la póliza, para las contingencias aseguradas sobre la vida el beneficiario será el propio Asegurado.

Para el caso de muerte del Asegurado, y coberturas relacionadas con la muerte, **a falta de designación expresa en la póliza** serán beneficiarios del seguro, por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes:

1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

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 respecto a 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.

Condiciones Especiales

Definiciones

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 COMUN

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.

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 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.

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 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 Invalideces Permanentes Parciales que figura en las Condiciones Especiales del contrato.

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.

LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo 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.

PLAZO DE CARENIA

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.

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 daños y perjuicios 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.**

I. 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.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **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

b) **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.

c) **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.

d) **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.

e) **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.**

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.

f) **Impuesto 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.

g) **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.**

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

III. 1) Con carácter general:

a) Certificado literal de Defunción del Registro Civil.

b) Certificado del Registro de Actos de Últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del Asegurado.

c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

d) 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.

e) 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.

III. 2) En caso de accidente laboral

a) Certificado de la Mutua Patronal reconociendo el fallecimiento por causa de accidente laboral.

III. 3) **En caso de accidente no laboral**, se aportará además de lo requerido en el punto III. 1):

a) 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.

IV. 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.

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente

I. 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 II a V siguientes, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre una incapacidad permanente en alguno de los grados definidos en las Condiciones Especiales de la presente póliza, en su apartado Definiciones .

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.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) 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

b) 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

III. SUMAS ASEGURADAS Y BAREMO DE INDEMNIZACION

a) 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.

b) **Baremo de Invalidez Permanente Parcial.**- Para esta cobertura, de estar incluida en la póliza, se determinará un porcentaje de indemnización sobre el total de suma asegurada, que será coincidente con el grado de incapacidad permanente sufrido por el Asegurado.

b.1) El porcentaje de incapacidad permanente vendrá determinado por el Baremo de lesiones que a continuación se transcribe:

| | Porcentaje de Invalidez |
|--|--------------------------------|
| Estado vegetativo permanente..... | 100 % |
| Demencia incurable..... | 100 % |
| Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades..... | 100 % |
| Paraplejía completa..... | 100 % |
| Hemiplejía completa..... | 100 % |
| Pérdida total de los dos ojos o pérdida absoluta de la visión..... | 100 % |
| Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo..... | 32 % |
| Pérdida total de la capacidad de hablar por trastornos de la voz o articulación del habla..... | 35 % |
| Sordera bilateral..... | 40 % |
| Sordera unilateral..... | 11 % |
| Amputación total de extremidad superior..... | 49 % |
| Amputación a nivel de codo..... | 47 % |
| Pérdida total de ambas manos..... | 100 % |
| Amputación de la mano..... | 44 % |
| Pérdida de los cinco dedos de la mano..... | 44 % |
| Pérdida del dedo pulgar de la mano..... | 18 % |
| Pérdida del dedo índice o medio de la mano..... | 9 % |
| Pérdida otro dedo de la mano..... | 4 % |
| Anquilosis de la columna vertebral en todos los planos: | |
| Completa..... | 43 % |
| Segmento cervical..... | 32 % |
| Segmento dorsal..... | 6 % |
| Segmento lumbar..... | 10 % |
| Pérdida total de ambas extremidades inferiores..... | 100 % |
| Amputación total de extremidad inferior..... | 40 % |
| Amputación de un pie..... | 25 % |
| Amputación del dedo gordo del pie..... | 5 % |

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente

Nº de póliza
8-10.295.799-L

b.2) Los porcentajes del Baremo de lesiones del apartado b.1) anterior, expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado, y se fijarán sin tener en cuenta la edad o la profesión del Asegurado, así como cualquier otro factor social ajeno al propio baremo.

La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera a los efectos del baremo indemnizatorio como su pérdida anatómica. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes.

Caso de modificarse o sustituirse el mencionado baremo anexo al Real Decreto 1971/1999, no tendrá ningún efecto sobre esta póliza, salvo pacto en contrario, manteniéndose por tanto lo establecido en el citado baremo a efectos del cálculo de la prestación.

b.3) **Accidente laboral.-** En el caso de que la Seguridad Social, a partir del dictamen de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades dependiente de este organismo, determine un porcentaje de incapacidad permanente parcial por accidente laboral superior al resultante de la aplicación del Baremo de lesiones del apartado b.1) anterior, dicho porcentaje prevalecerá en su aplicación sobre el descrito en este apartado b), siempre que el siniestro esté cubierto por la póliza.

b.4) La determinación del grado de invalidez permanente, cuando dicha invalidez no se hubiese originado en un accidente laboral, o habiéndose originado como tal no existiera resolución de los organismos competentes de la Seguridad Social sobre el grado de incapacidad, será realizada conforme al procedimiento establecido en la Condición General del contrato denominada: "Tasación y liquidación de la indemnización".

b.5) **Baremo específico en Convenio laboral.-** En el caso de que el Convenio laboral de la actividad que se asegura estableciese un baremo específico de porcentajes de incapacidad, para la determinación de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial a consecuencia de accidente (laboral o no), dicho baremo prevalecerá en su aplicación sobre el descrito en este apartado b), siempre que el siniestro esté cubierto por la póliza.

b.6) **Concurrencia de Invalideces Permanentes en un órgano.-** La concurrencia de invalideces permanentes parciales en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

b.7) **Pérdida de varios órganos.-** En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad el porcentaje de invalidez permanente parcial se establecerá mediante las tablas de valores combinados comprendidos entre los descritos en b.1). **En ningún caso, el porcentaje de invalidez permanente podrá superar el límite del cien por cien.**

b.8) **Invalideces Permanentes preexistentes.-** Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentase amputaciones o limitaciones funcionales, el % de invalidez a indemnizar será la diferencia entre el que resulte del accidente y el de la invalidez preexistente.

b.9) **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.

c) **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.

IV. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

V. 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.

Coberturas

Defensa Jurídica laboral

I. RIESGOS CUBIERTOS

I.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.

I.2 - Prestaciones del Asegurador

Son gastos garantizados:

- a) Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
- b) Los honorarios y gastos de abogado.
- c) Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
- d) 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.
- e) Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el Asegurador.
- f) 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.

I.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.

I.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.

I.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.

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.

I.6 - Alcance de las garantías

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.

Esta información jurídica se prestará a través del número de teléfono de servicio 24 horas al día que, a tal efecto, se facilitará al Asegurado en la tarjeta de ASESORIA JURIDICA TELEFONICA

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.

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.

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.

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.

II. LÍMITE DE GASTOS POR SINIESTROS

El límite de gastos por siniestro a cargo del Asegurador para el conjunto de prestaciones indicadas en el punto I.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.

III. PAGOS EXCLUIDOS

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

- a) Las indemnizaciones, multas o sanciones a que fuera condenado el Tomador.**
- b) Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal, dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los Organismos Oficiales.**
- c) Los gastos que procedan de una acumulación o reconversión judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.**

IV. TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO DE DEFENSA JURÍDICA

IV.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 el supuesto de que el siniestro no esté amparado por el seguro, el Asegurador comunicará por escrito al Asegurado las causas o razones en que se funda para rechazarlo, en el plazo máximo de un mes, contando desde la fecha en que haya recibido el cuestionario o antecedentes documentales solicitados.

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 IV.6 de esta Condición Especial.

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.

IV.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 IV.6 de esta Condición Especial. 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.

IV.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

Coberturas

Defensa Jurídica laboral

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.

IV.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.

IV.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.

IV.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.

EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

I. 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:

I. a) Salvo pacto expreso en contrario, especificado en las Condiciones Particulares, **los trabajadores que en la fecha de alta en la presente póliza:**

- Se encuentren en situación de incapacidad temporal con baja laboral (o en su caso, de invalidez provisional), sea por causa de accidente laboral, accidente extra-laboral o enfermedad profesional, durante un periodo de más de 6 meses.
- 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, al momento de la emisión del proyecto de seguro.
- 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.

I. b) Hechos producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza

Las consecuencias o secuelas de accidentes, enfermedades comunes o enfermedades profesionales, acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o a la fecha de pago del primer recibo si ésta fuera posterior, o anterior a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del seguro.

I. c) Acontecimientos extraordinarios (Consortio)

Los siniestros cuya cobertura corresponda al Consortio de Compensación de Seguros .

I. d) Energía nuclear.-

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

I. e) 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.

I. f) Hechos de catástrofe o calamidad nacional

Acontecimientos calificados como tal por el Poder Público.

I. g) Actos dolosos

Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado.

II. PARA LAS COBERTURAS DERIVADAS DE ACCIDENTE NO LABORAL

No quedan amparados por la póliza, además de lo indicado en el anterior epígrafe I. (EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS) los hechos y situaciones siguientes:

II. a) Incumplimiento requisitos de la Ley de Contrato de Seguro (accidente)

Los hechos que no tengan la consideración de accidente, según la definición del mismo contenida en la Ley de Contrato de Seguro y en la Condición Especial -Definiciones- de la presente póliza.

II. b) Conducción de vehículos sin autorización

Los accidentes sufridos durante la conducción de cualquier clase de vehículo a motor sin poseer el correspondiente permiso de circulación expedido por la autoridad competente, o habiendo sido éste retirado por sanción administrativa o judicial.

II. c) Enajenación mental, embriaguez, drogas

Los accidentes sufridos por el Asegurado estando en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, 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 estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda de lo permitido legalmente, y el Asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

II. d) 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.

II. e) Navegación aérea

La utilización, como tripulante, de cualquier medio de navegación aérea, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

Generalidades

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público o privado de pasajeros. Los accidentes de los alumnos de aviación en el transcurso de las prácticas.

II. f) Navegación marítima

La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación de líneas marítimas (rutas comerciales tanto de viajeros como de mercancías), entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

Los accidentes sufridos durante la navegación deportiva y de recreo, como tripulante o pasajero, cuando se exceda el límite de la zona de navegación para la que está habilitada la embarcación, o ésta esté gobernada por persona o personas sin posesión del título exigido, según las disposiciones legales vigentes.

II. g) Intoxicación por fármacos

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.

II. h) Las lesiones o afecciones siguientes, con excepción de lo que pueda estar garantizado por alguna de las coberturas contratadas en la presente póliza por causa de enfermedad:

1. Infecciones o enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, siempre que no estén motivadas por un accidente cubierto.

Tampoco quedan garantizadas las infecciones generales producidas por la picadura o mordedura de animales (como la malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, y similares), aunque si la atención o tratamiento médico de la lesión producida por los mismos.

2. Enfermedades cardiovasculares
3. Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares.-

Lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, incluido meniscos, que vengán provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de defectos físicos preexistentes o degenerativos.

Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.

4. Lesiones psíquicas, dolor, daño o perjuicio estético.-

Las lesiones psíquicas, aún derivadas de un accidente cubierto por la póliza, en las que no pueda objetivarse como causa una lesión cerebral.

Todos aquellos procesos cuyo único síntoma sea el dolor, y no pueda objetivarse una

limitación funcional o alteración anatómica mediante pruebas o exploraciones médicas.

El daño o perjuicio simplemente estético.

5. Insolaciones, congelaciones.- Los efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos por causa de un accidente cubierto por la póliza.

II. i) Deportes profesionales

Los accidentes ocurridos durante la práctica profesional o remunerada de cualquier deporte.

II. j) Deportes no profesionales

Salvo pacto expreso en contrario, especificado en las Condiciones Particulares, los accidentes ocurridos durante la práctica de los siguientes deportes:

1. Automovilismo, karting y motociclismo, en cualquiera de sus modalidades de competición o participación en pruebas de velocidad y/o resistencia.
2. Uso de motos náuticas, esquí y paracaidismo acuático, y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma.
3. Actividades aéreas tales como, aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, moto-planeador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.
4. Polo y deportes hípicos (excepto paseo).
5. Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera pistas y esquí con saltos de trampolín.
6. Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.

A estos efectos, se entiende por **alpinismo** la ascensión a montañas cuando se realice con ayuda de algún medio técnico de progresión (cuerdas, friends, fisureros, piolet, crampones, Dry tooling, etc.) independientemente de si hay o no nieves perpetuas y de su grado de dificultad, incluyéndose, asimismo, la modalidad denominada **trekking** cuando se realiza en estas condiciones, y cualquier actividad practicada a más de 4.500 metros de altura.

Se entiende por **escalada**, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.

7. Rugby y fútbol americano.
8. Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.
9. Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
10. Deportes de aventura en aguas bravas, tal como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob o barranquismo.

11. Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.
12. Utilización de armas de fuego, y el ejercicio de la caza fuera de España o de Andorra.
13. Otros deportes o actividades de nueva creación cuyos riesgos, por su especial peligrosidad, puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.
14. Para cualquier deporte, la participación directa en competiciones, torneos o exhibiciones organizadas por federaciones deportivas u organismos similares.

II. k) Toreo y similares

Los accidentes sufridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.

II. l) Expediciones y viajes de exploración

Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.

III. PARA LAS COBERTURAS QUE NO TENGAN CARÁCTER DE MEJORA VOLUNTARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Exclusivamente respecto de las coberturas de Hospitalización, Asistencia Sanitaria, Subsidio Retirada Carnet de Conducir, y Asistencia en viaje, que a los efectos del presente contrato de seguro no tienen carácter de mejora voluntaria de la acción protectora de la S. Social, además de lo indicado en el epígrafe I. **EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS**, no quedan amparados los hechos y situaciones siguientes:

III. a) Las personas que en el momento de la contratación de la póliza, o bien cuando causen alta en la misma, se hallen afectadas de:

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), alcoholismo,

toxicomanía y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social (publicada en Anexo I del RD 1148/2011), o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

No obstante, la Entidad Aseguradora podrá aceptar mediante pacto expreso la cobertura de las personas que le sean declaradas y estén afectadas por alguna de las enfermedades o minusvalías antes descritas.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Quando se pacte expresamente la inclusión de la revalorización automática de garantías de la póliza, ésta se producirá de acuerdo a las siguientes normas:

I. Conceptos a los que se aplica la revalorización automática

Las sumas aseguradas y las primas netas de cada cobertura asegurada (excepción hecha de las prestaciones incluidas en las distintas coberturas de la Asistencia en Viaje, el Reembolso de Gastos de Cancelación de Viaje el Subsidio Retirada Carnet de Conducir o la Defensa Jurídica Laboral), quedarán revalorizadas en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya a nivel del Estado Español, revalorización que como mínimo será del 2%.

A estos efectos se considerarán como sumas aseguradas, sujetas a la citada revalorización, no solo los capitales que figuran en las Condiciones Particulares sino también aquellos que se indiquen en los posibles suplementos que se emitan a la póliza, para las mismas coberturas.

II. Actualización de sumas aseguradas y primas

Las sumas aseguradas y las primas netas de cada cobertura de la póliza quedarán establecidas en cada vencimiento, multiplicando los que figuran inicialmente en esta póliza por el factor que resulte de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por índice base el que se indica en las Condiciones Particulares. El índice de vencimiento es el que se indica en cada recibo de prima, y que corresponde a la actualización del índice base en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo.

III. Vigencia de la garantía

El Tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta Cláusula de Revalorización automática en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta certificada, por lo menos dos meses antes de dicho vencimiento.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Las coberturas amparadas por la presente póliza surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de

Generalidades

aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

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.**

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DECLARADA

Caso de producirse el evento amparado por la póliza y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares con la profesión o actividad 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, en el momento de emitir el contrato.**

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de contratación del riesgo asegurado, 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.

FORMA DE INCLUSION DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA (SEGURO INNOMINADO O NOMINADO)

En las Condiciones Particulares figurará la forma de contratación, para la inclusión e identificación del grupo asegurado:

a) 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.

b) En la forma de contratación NOMINADA, quedarán únicamente asegurados los trabajadores que figuren en la relación nominal descrita en las Condiciones Particulares de la póliza, y que estén a su vez incluidos en la nómina del Tomador, debidamente inscritos en el Régimen General de la S. Social.

El Tomador facilitará al Asegurador, en el momento de la contratación, el nombre y apellidos, sexo, fecha nacimiento y NIF de cada uno de los trabajadores asegurados.

La Cía. librará un certificado individual de cobertura de seguro para toda alta que se produzca en la póliza de contratación nominada, al inicio de la misma o durante su vigencia, así como a la renovación anual del periodo de cobertura, para todos los trabajadores que en ese momento consten en la Base de datos de la póliza.

VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

I. Seguros contratados de forma innominada

La prima percibida por el Asegurador al inicio de la anualidad del seguro **tiene el carácter de prima mínima de depósito, que obligatoriamente se regularizará 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.

Fijada la prima definitiva de la anualidad transcurrida, después de la regularización anual, **esa prima no podrá ser inferior al 75% de la prima mínima de depósito.**

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 fijado en el párrafo anterior.

II. Seguros contratados de forma nominada

Éstos se regularizarán en el momento que se comunique al Asegurador los datos de las personas que causen alta o baja de la empresa, y en consecuencia, también de las coberturas del seguro.

El Asegurador procederá, a través de emisión de un suplemento a la póliza, a librar un recibo de cargo o

extorno de la prima, según resulte, prorrateada ésta desde la fecha de alta o baja de el/los Asegurado/s hasta el vencimiento anual del contrato.

III. Comprobación de los registros oficiales del Tomador (seguros de contratación innominada)

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.

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 indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. 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.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD (SEGUROS NOMINADOS)

En el supuesto de indicación inexacta de la edad de cada Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato difiere de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar conforme a la Tarifa de primas vigente, la prestación del Asegurador se efectuará aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que se hubiese cobrado en el caso de ser la edad correcta. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) La prima inicial se determina sobre la base de las coberturas y periodos de cobertura contratados, para el grupo asegurado, y constará 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, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en el apartado de Modificaciones del riesgo de las Condiciones Generales de la póliza. 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.

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto en las Condiciones Generales (en su apartado Siniestros: Tasación y liquidación de la indemnización) de esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

I. SINIESTROS: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

I. 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).

II. En el ámbito distinto al laboral, cuando no exista vinculación a las resoluciones de la S. 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

Generalidades

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 las Condiciones Generales (en su apartado Intereses de demora) de esta póliza.

II. 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.

III. TRAMITACIÓN PARA LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

III.1 - Primera asistencia médica de urgencia

Para acceder a la asistencia sanitaria cubierta por la presente póliza, la cual será prestada por el Centro Médico o facultativo recomendado o autorizado por el Asegurador, es imprescindible actuar según el siguiente protocolo:

En caso de siniestro, el lesionado debe acreditar en la visita de urgencias o primera consulta médica la ocurrencia del accidente, y su vinculación como asegurado en póliza mediante el parte de declaración, debidamente rellenado, indicando las causas y circunstancias del accidente.

En los casos de URGENCIA VITAL, el Asegurador se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia sanitaria prestada aun cuando no sea un centro médico autorizado. Tras la atención de urgencia, siempre que sea posible se efectuará el traslado del lesionado a un centro médico concertado o autorizado expresamente por el Asegurador.

La cobertura garantiza en todo caso cualquier prueba o tratamiento (incluso quirúrgico) que deba realizarse con carácter de urgencia, sin necesidad de autorización por

parte de la compañía, **dentro de las 24 horas siguientes a la atención sanitaria de urgencia.**

Una vez realizada la primera asistencia, el Asegurado lesionado debe comunicar el accidente sufrido a través del teléfono de Atención al cliente del Asegurador. En la misma llamada se le proporcionará **un número de referencia de expediente de siniestro**, que debe facilitar de inmediato al centro médico a fin de que éste pueda facturar la primera asistencia practicada y comunicarse con la unidad de gestión del Asegurador para posteriores autorizaciones.

El Asegurado remitirá al Asegurador el parte de declaración y el informe médico de urgencias, siempre que sea posible por correo electrónico (digitaliza@gcoservicios.com), o en su caso por correo ordinario, indicando en la documentación el número de referencia del expediente.

III.2 - Control ambulatorio posterior al ingreso de urgencias

Siempre que se cumpla el protocolo especificado en el punto anterior y se disponga del número de referencia del expediente del siniestro, el Asegurador deberá mantenerse informado de las posteriores visitas médicas de control, revisión o pruebas sencillas, como RX, para seguir el proceso de curación de las lesiones.

Mientras el Asegurador no indique lo contrario, el centro médico que atiende al Asegurado podrá continuar el control ambulatorio del paciente.

III.3 - Autorizaciones de prestaciones de servicio al centro médico

El centro médico deberá solicitar siempre la autorización del Asegurador en las actuaciones posteriores a la asistencia médica de urgencia:

- **Realización de pruebas diagnósticas (RMN, TAC, ECO, y similares)**
- **Intervenciones quirúrgicas (inclusive el preoperatorio)**
- **Programación de sesiones de rehabilitación**
- **Visitas de seguimiento con especialista** (solamente deben solicitar autorización para la primera visita, aunque con posterioridad deberán ir remitiendo al Asegurador los informes que permitan valorar si procede continuar asumiendo los gastos derivados de dicho seguimiento médico)

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa del Asegurador será por cuenta del Asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización, el centro médico remitirá al Asegurador el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente, hasta la total curación del Asegurado.

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.

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) Si el Asegurado o el Tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.

f) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro o del Asegurado.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

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.segurosatalanaoccidente.com/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 designado, a través de su dirección de correo electrónico: dpo@catalanaoccidente.com y/o de la dirección: "Delegado Protección de Datos- Seguros Catalana Occidente; Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)".

Asimismo, en el caso de 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.

La presente póliza se compone de las anteriores Condiciones Particulares y Especiales (transcritas en las páginas 1 a 20), así como de las Condiciones Generales que se acompañan a continuación. El Tomador del seguro manifiesta haber leído las Condiciones señaladas, en su integridad, conociendo y aceptando la totalidad de su contenido. De forma expresa, manifiesta que conoce y acepta las cláusulas limitativas, convenientemente destacadas en negrita y contenidas en la póliza. El firmante declara que ha sido informado por el mediador, con carácter previo a la formalización de la póliza, de los extremos previstos en la normativa sobre Mediación en Seguros Privados. Asimismo declara haber recibido, con anterioridad a la firma del presente contrato, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, todo ello según lo detallado en el Preliminar de las Condiciones Generales. También declara que se le ha informado que España es el Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la Entidad Aseguradora.

12 de abril de 2021

El Tomador del Seguro,

Por la Entidad,



Director general

Condiciones Generales

Preliminar

Nº de póliza
8-10.295.799-L

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980).
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Las Condiciones Particulares, Especiales 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.

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde

Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

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.**

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.

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.

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.

Condiciones Generales

Bases del contrato

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, aún 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 la vigencia 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 aceptar las reglas

para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador 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.

REQUISITOS EN LAS PERSONAS A ASEGURAR

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte, sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Tomador del seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador, o en un testamento.

Reglas para el caso de fallecimiento del Asegurado.- Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como Beneficiarios, se entenderá como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.

Condiciones Generales

Bases del contrato

Nº de póliza
8-10.295.799-L

Si la designación se hace en favor de los herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del Tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.

La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado. Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

Si la designación se hace en favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Siniestros

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.

En caso de concurrencia de seguros se respetará el plazo fijado en el párrafo anterior y el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberá comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás.

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.

MINORACIÓN DE LAS CAUSAS DEL SINIESTRO

El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente con el fin de conservar la vida del Asegurado y su pronto restablecimiento del accidente. 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.

TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Determinación del grado de invalidez

Como regla general, y con independencia de lo especificado en cada una de las coberturas de Invalidez contratadas en la póliza, la determinación del grado de invalidez que derive de accidente 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 el apartado "Tasación de siniestros" que sigue.

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 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.

Condiciones Generales

Siniestros

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito 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 PERICIALES

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.

PAGO DEL IMPORTE MÍNIMO EN SINIESTROS INDEMNIZABLES

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños corporales que resulten del mismo.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta días, contados a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

INTERESES DE DEMORA

Si el Asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse 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.

Condiciones Generales

Siniestros

Nº de póliza
8-10.295.799-L

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 mora 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 mora 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 integralmente 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.

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

DURACIÓN DE LA PÓLIZA Y PLAZO DE PREAVISO DE ANULACIÓN

1. 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.

2. 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 período del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

3. El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

4. Las condiciones y plazos de la oposición a la prórroga de cada parte, o la no posibilidad de oposición, deberán destacarse en la póliza.

5. Lo dispuesto en los apartados precedentes no será de aplicación en cuanto sea incompatible con la regulación del seguro sobre la vida.

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.

Condiciones Generales

Otros aspectos del contrato

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.

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.

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 formalizadas por escrito.

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

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

Acontecimientos Extraordinarios

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

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

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

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

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

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura.

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

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

Acontecimientos Extraordinarios

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 estará 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 los daños, 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.

AGRADECEMOS SU CONFIANZA

Esta póliza y el recibo al corriente de pago son documentos que acreditan las garantías contratadas y su vigencia. En consecuencia, le aconsejamos que dedique unos minutos a la lectura de sus condiciones.

Si lo estima necesario, estaremos encantados de resolver cualquier duda que le surja, bien directamente o a través de su agente o corredor de seguros.

Y recuerde que estos profesionales serán, también, su mejor ayuda en caso de siniestro.



www.catalanaoccidente.com

CARGO POR ADEUDO DIRECTO

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| ACREEDOR: SEGUROS CATALANA OCCIDENTE,S.A | | ID ACREEDOR: ES97000A28119220 |
| REF. MANDATO: SCO00007045514110421 | VENCIMIENTO: 12-04-2022 | REF. ADEUDO: 411986845-B 8-10295799-L |
| DEUDOR: FUSTERIA BAU S.L. | | |
| Concepto: ACCTES. CONVENIOS 11-04-22 AL 11-04-23 POLIZA 10295799-L RECIBO 411986845-B | | |
| PARA ACLARACIONES DIRÍJANSE AL ACREEDOR ARRIBA CITADO | | IMPORTE TOTAL: EUROS *****100,40 |

N° ADEUDO: 2022101001573129

TITULARES
FUSTERIA BAU S.L.

En la fecha indicada hemos CARGADO en su cuenta, por el concepto expresado, la cantidad señalada como IMPORTE TOTAL.

OFICINA

FECHA

IBAN

SANTA EULALIA DE RONÇANA

12-04-22

ES97 0182 3214 7702 0195 7617