

Atención al cliente de Colectivos:

902 36 74 73

sacre@segurosbilbao.com

www.segurosbilbao.com

PÓLIZA DE SEGURO

Colectivo de Accidentes - CONVENIO SECTOR

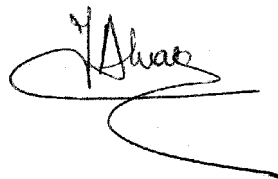
Tomador del seguro: **BOMBEOS DEL MARESME S. L.**

Nº de póliza: **1/10/8114377** Apéndice: **0002**

Mediador: **ADELIO SANCHEZ PLANAS** (00190)

Bilbao a 12 de Septiembre de 2019

En el caso de que las condiciones establecidas en la póliza difieran de las acordadas en la proposición de seguro, el Tomador dispone de un mes a contar desde esta fecha para efectuar su reclamación y proceder a su modificación. Transcurrido ese plazo, se estará a lo dispuesto en la póliza.



Consejero Delegado

Índice

	<u>Páginas</u>
Condiciones Particulares	
Datos Identificativos	2
Datos de la actividad y convenio	2
Asegurados	2
Garantías y sumas contratadas	2 - 3
Declaraciones del tomador del Seguro	3
Apéndices	3
Claúsulas	4 - 5
Condiciones Generales	7 - 34
(Ver Índice Condiciones Generales)	

Datos Compañía

BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS

Miembro del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Fundada en 1918.

Capital suscrito y totalmente desembolsado: 28.008.521,03 euros (2007)

Domicilio Social: Paseo del Puerto, 20 - 48992 NEGURI-GETXO

Reservas íntegras en España

Inscrita en el Registro Mercantil de Bilbao, hoja 2436, folio 103, tomo 55,
Libro de Sociedades.

Condiciones Particulares

Datos Identificativos

Tomador del Seguro

BOMBEOS DEL MARESME S. L.
MESTRES VILLA, 131 BAJO
08320 EL MASNOU

DNI/NIF: 0B64726433

Mediador

Tipo de Mediador: Agente de Seguros Exclusivo 07477 (0747700000)

Mediador: ADELIO SANCHEZ PLANAS
MAYOR DE SARRIA, 61
08017 BARCELONA

Valija: 00190

Teléfono: 932525210

Correo electrónico: ASanchez@SegurosBilbao.com

Fecha de efecto y condiciones de pago

Duración del contrato: Desde 22/03/2019(00:00) hasta 22/03/2020(24:00) anual
prorrogable

Forma de Pago: Anual

Domicilio de cobro

Entidad: BANCO SANTANDER, S.A.

Sucursal: AV PRAT DE LA RIBA 17 APDO. 00000 (08) BARCELONA

IBAN ES55 0049 5053 1725 1607 4218

Desglose de la prima

Prima Neta	343,19€
Impuestos IPS	0,00€
CLEA	0,51€
Consortio	1,59€

PRIMA TOTAL

345,29€

Servicios para el Asegurado

Teléfono de Atención al cliente de Seguros Bilbao: 902 45 66 45

Datos de la actividad y convenio

Características del riesgo

Actividad: Transporte: Terrestre de mercancías

Ambito de cobertura: Profesional

Nº de patronal de la Seguridad Social: 08159534916

Características del Convenio que regula la actividad

Ámbito: Barcelona

Código oficial: 0804295 B.O. Fecha: 11.03.2011

Descripción: TRANSPORTE DE MERCANCIAS POR CARRETERA

Asegurados

Nº de asalariados en TC2: 11

Garantías y sumas aseguradas

Capitales por asegurado y ámbito de cobertura

Garantía	Profesional
Muerte	
Muerte por accidente	48.048€
Muerte por infarto (Laboral)	42.048€
Invalidez	
Invalidez Pte. Absoluta por accidente	47.730€
Invalidez Pte. Total por accidente	28.074€
Invalidez Pte. por infarto (Laboral)	47.730€

Las indemnizaciones que puedan corresponderse por las garantías de muerte y/o invalidez no son acumulables entre sí (ver cláusula de No acumulación de indemnizaciones).

Declaraciones del Tomador

El tomador declara que no existen ASEGURADOS(*) que:

- * Se encuentren desde hace 6 MESES en situación de INCAPACIDAD TEMPORAL.
- * Se encuentren en situación de INVALIDEZ PROVISIONAL.
- * Se encuentren tramitando expediente de INVALIDEZ por cualquier causa.
- * Tenga concedida una INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL por cualquier causa.
- * Tenga alguna ENFERMEDAD PROFESIONAL DIAGNOSTICADA con anterioridad al momento de esta solicitud.

(*) Salvo declaración expresa en Condiciones Particulares.

Motivos de apéndice

SUPLEMENTO DE CARTERA

"No varían ninguna de las condiciones de la presente póliza y de los apéndices anteriores que no hayan sido modificadas por el presente apéndice"

Cláusulas

PACTO ADICIONAL

El tomador del Seguro o el Asegurado declara recibir y conocer las Condiciones Generales que rigen esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas condiciones de sus derechos que se destacan en la impresión de letra negrilla que no hayan sido derogadas o modificadas por las Condiciones Particulares y/o Especiales precedentes.

NO ACUMULACIÓN DE INDEMNIZACIÓN DE MUERTE E INVALIDEZ

Se hace constar expresamente que las indemnizaciones que reciba el Asegurado o los Beneficiarios que tengan derecho a las mismas, se hará bajo las siguientes consideraciones:

A) **Muerte:** No podrán percibirse diferentes indemnizaciones aun cuando existan varias garantías contratadas que cubran el supuesto de muerte. Solo se percibirá el capital correspondiente a la garantía que cubra la causa que haya producido la muerte, siempre y cuando este contratada dicha garantía.

B) **Invalidez:** No podrán percibirse diferentes indemnizaciones aun cuando existan varias garantías contratadas que cubran el supuesto de invalidez. Solo se percibirá el capital correspondiente a la garantía que cubra la causa que haya producido la invalidez, siempre y cuando este contratada dicha garantía.

C) Son incompatibles, bajo cualquier consideración, las indemnizaciones por muerte y por invalidez.

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.segurosbilbao.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@segurosbilbao.com y/o de la dirección: "Delegado de Protección de Datos - Seguros Bilbao, Paseo del Puerto 20, 48992 Neguri - Getxo (Vizcaya)".

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.

Índice - Condiciones Generales

	<u>Páginas</u>
Preliminar	7
Definiciones	8 - 12
Delimitación geográfica de la cobertura	13
Vigencia temporal de la cobertura	13
Muerte	13 - 14
Invalidez	14 - 15
Exclusiones Generales y personas no asegurables	16 - 19
Inclusión de Asegurados	20
Tramitación de siniestros	21 - 25
Referencias a la Ley del Contrato de Seguro	26 - 30
Cláus. Indemn. Consorcio de compensación de seguros	31
Cálculo y liquidación de primas regularizables	32
Cláusula de fraccionamiento de primas	33
Revalorización automática	34

Preliminar

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).
- Las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza, y los Suplementos que se incorporen a la misma para complementarla o modificarla.
- La Ley 21/1990, de 19 de diciembre, para adaptar el Derecho Español a la directiva 88/357/CEE
- La Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación en Seguros Privados.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 1/1994, del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- La Ley 8/1987, de 8 de junio, y el R.D. 1/2002 por el que se aprueba el texto

refundido de Regulación de los Planes y instrumentación de compromisos por pensiones y cuantas disposiciones Fondos

Fondos de Pensiones, así como el RD 1588/1999, de 15 de octubre, sobre actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

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.

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

Definiciones

En este contrato se entiende por:

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.

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 el contrato constituye el llamado "Grupo asegurado", el cual está formado, **salvo pacto en contrario**, por todos los trabajadores y personal asimilado, 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 complemente o sustituya), en el momento de formalizar el contrato de seguro, o bien durante la vigencia del mismo si el nexo laboral con el Tomador se iniciara con posterioridad al efecto de dicho contrato.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

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 del Asegurado; 2º los hijos del Asegurado por partes iguales; 3º los

padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

POLIZA

El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se emitan a las mismas para complementarlas o modificarlas.

MEDIADOR

La persona física o jurídica indicada en las Condiciones Particulares que ejerce la actividad mercantil de mediación de seguros de acuerdo con la normativa, régimen de supervisión y disciplina administrativa legalmente aplicables.

CUESTIONARIO-SOLICITUD

Formulario a través del cual el Asegurador obtiene del Tomador la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar, para, y a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad fijada para cada una de las Garantías contratadas que figuran de forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el Asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

FRANQUICIA

La cantidad, porcentaje y/o periodo de tiempo expresamente pactados en las Condiciones Particulares, que quedarán a cargo del Asegurado y que no podrán ser nunca objeto de seguro. A tal efecto en las garantías de Incapacidad Temporal y Hospitalización, dicha franquicia corresponderá con el periodo de tiempo

que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el día que el Asegurado tiene derecho a percibir la indemnización.

PERIODO DE CARENCIA

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

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 (salvo lo indicado en las definiciones de accidente laboral y enfermedad profesional). Tampoco se consideran accidentes 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 considerará como tal, un accidente ocurrido en las siguientes circunstancias:

- 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 o profesional, en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.

ACCIDENTE PROFESIONAL

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 EXTRAPROFESIONAL

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 extralaboral, y que no sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social u Organismo laboral competente.

ACCIDENTE 24 HORAS

Comprende tanto el accidente laboral como el accidente no laboral, tal y como ambos se definen anteriormente.

SOBRESFUERZO

Se denomina sobreesfuerzo al trabajo físico que se realiza por encima del esfuerzo normal que una persona pueda desarrollar en una tarea determinada: Manipular cargas pesadas, trabajar con posturas forzadas, realizar movimientos repetitivos.

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.

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.

CANCER

Las **enfermedades neoplásicas malignas invasivas que el Instituto Nacional de Oncología considere** como Cáncer.

CENTRO HOSPITALARIO

El establecimiento público o privada, HOSPITAL, CENTRO SANITARIO O CLÍNICA, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran CENTRO HOSPITALARIO: los balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.

CIRUGÍA

El tratamiento de las enfermedades o accidentes, totalmente o en parte, por procedimientos manuales y operativos que requieran solución de continuidad en la piel.

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 PREEXISTENTE

La alteración del estado de salud que causa signos y/o síntomas antes de la fecha de la incorporación a la Póliza del Asegurado afectado

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entiende como tal, aquella enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales publicado a través de 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 indiquen.

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.

MUERTE

El fallecimiento del Asegurado.

MUERTE NATURAL

Fallecimiento del asegurado a consecuencia de una enfermedad común, ocurrida durante la vigencia de la póliza.

INVALIDEZ PERMANENTE

Es la situación de Asegurado que a consecuencia de un accidente, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral.

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.

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.

INFARTO DE MICARDIO

Se entiende por Infarto de Miocardio la necrosis del músculo cardíaco por insuficiencia en el suministro sanguíneo y siempre que no exista cardiopatía isquémica previa conocida.

DERRAME CEREBRAL

Se entiende por derrame cerebral todo padecimiento cerebro-muscular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas e incluyan

infartación del tejido cerebral, hemorragia y embolización de una fuente extracraneal, así como que deben existir indicios de deficiencia neurológica permanente

INCAPACIDAD TEMPORAL

La situación en la que el Asegurado, habiendo sufrido una lesión o enfermedad determinada, cumpla todos y cada uno de los siguientes requisitos:

Que esté imposibilitado para desempeñar los trabajos de su actividad profesional.

Que siga un tratamiento curativo controlado por servicios médicos.

Que la patología que presenta sea reversible con el tratamiento que sigue.

HOSPITALIZACION

El internamiento del Asegurado como paciente en un Centro Hospitalario, a causa de enfermedad, maternidad o accidente y por un mínimo de veinticuatro horas. **No se considera hospitalización la asistencia y/o hospitalización domiciliaria.**

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Se considera Hospitalización Domiciliaria cuando el Asegurado es asistido por el Servicio de Hospitalización a Domicilio dependiente de alguno de los centros hospitalarios de la red.

URGENCIA VITAL

Enfermedad que precise indispensablemente y prontamente tratamiento para la conservación de la vida del individuo que corre un riesgo vital inminente si no se actúa rápidamente.

RESOLUCION DEL INSS

Se entenderá por Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social a la declaración por la que se declare al Asegurado en situación de incapacidad permanente y le reconozca el derecho a las prestaciones económicas de incapacidad permanente.

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.**

FECHA DE SINIESTRO

Aquella en que se produzca el riesgo previsto y garantizado en la póliza, que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente de un accidente ocurrido o de una enfermedad manifestada estando en vigor el contrato.

GASTOS DE SEPELIO

Se entiende por gastos de sepelio:

- Traslado del fallecido en cualquier medio de transporte desde el lugar del accidente hasta el de inhumación. Gastos de enterramiento o incineración, gastos de sepultura, ataúd.
- Derechos civiles o eclesiásticos.
- Esquela.
- Gastos de gestoría por trámites de certificados relacionados con el fallecimiento del asegurado, liquidación de impuestos o cobro de pensiones.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

En materia de riesgos ordinarios amparados por la presente póliza, las coberturas de la misma surten efecto en todo el mundo, **con la salvedad de**

aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

VIGENCIA TEMPORAL DE LA COBERTURA

Es la que figura en las Condiciones Particulares. Además, el ámbito de la cobertura será 24 horas, profesional o extra-profesional, según figure contratado en la póliza. Las coberturas garantizadas

por la presente póliza se concretan sólo si el hecho causante de la cobertura se ha producido durante la vigencia de la póliza, y respecto de las coberturas y capitales garantizados en la fecha de ocurrencia del citado hecho.

Garantía de Muerte por Accidente

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 por la póliza, se produce la muerte del Asegurado **inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.**

Garantía de Muerte por Infarto (Laboral)

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 Infarto de miocardio sufrido con ocasión o por consecuencia del trabajo se produce la

muerte del Asegurado, 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.

Garantía de Invalidez Permanente Absoluta por Accidente

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un accidente cubierto, se produce la Invalidez

Permanente Absoluta **inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.**

Garantía de Invalidez Permanente Total por Accidente

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un

Accidente se produce la Invalidez Permanente Total del Asegurado.

Entendiendo como Accidente lo definido en las Condiciones Especiales, apartado Definiciones de la presente póliza

Garantía de Invalidez Permanente por Infarto (Laboral)

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un Infarto de miocardio sufrido con ocasión o por **consecuencia del trabajo se**

produce la Invalidez Permanente del Asegurado, 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.

Exclusiones generales y personas no asegurables

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) Trabajadores no asegurados

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 menores de 16 años o mayores de 67

- 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".

Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que teniendo carácter extraordinario, el Consortio de Compensación de Seguros, no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho Organismo.

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.

Los hechos que no tengan la consideración de accidente, entendiéndose por tal, 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.

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 cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda de lo permitido legalmente, o bien 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 como tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

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

Los accidentes marítimos, a excepción de los ocurridos en los transportes públicos, o los ocurridos durante la navegación deportiva a la distancia máxima autorizada por el título de patrón de la embarcación, y como máximo a 60 millas náuticas de la costa.

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) Infecciones

Las infecciones de heridas, las enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas y las inyecciones o tratamientos médicos, siempre que todos ellos no estén motivados por un accidente cubierto.

II. i) Picaduras

Las lesiones o enfermedades transmitidas o producidas por la

picadura de artrópodos o animales acuáticos.

II. j) Enfermedades cardiovasculares

Las lesiones cerebro-vasculares, el infarto de miocardio o la angina de pecho, salvo que se pacte su cobertura en las Condiciones Particulares.

II. k) Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares

Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, incluido meniscos, que vengan provocadas por movimientos repetitivos, sobrecargas, esfuerzos, movimientos anómalos del cuerpo o defectos físicos preexistentes o degenerativos.

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

II. l) 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. En particular, no quedan amparados por la póliza los cuadros sintomáticos como cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias, produzca o no limitación funcional, aunque las lesiones que han dado lugar a estos cuadros quedasen amparadas por las coberturas de la póliza, hasta el momento de su curación.

El daño o perjuicio simplemente estético.

II. m) Tratamientos no científicos

Los aplicados al Asegurado con eficacia científica no contrastada, y sus posibles consecuencias, en caso de accidente.

II. n) Deportes profesionales

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

II. o) 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.

Participación en pruebas de velocidad y de resistencia con vehículos a motor, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.

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, 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. Participación en competiciones y pruebas preparatorias.

6) Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.

Se entiende por alpinismo, la ascensión a montañas con una altitud superior a los dos mil quinientos metros, independientemente de si hay o no nieves perpetuas y de su grado de dificultad.

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 an aguas bravas, tal como rafting, puenting,

hidrospeed, hidrotironeo, 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.

13) Otros deportes y actividades de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.

II. p) Toreo y similares

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

II. q) 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 ACCION PROTECTORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

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

Enfermedades terminales, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso central, epilepsia, grandes

parálisis o amputaciones, polineuropatías periféricas, distrofias musculares u otras miopatías, ceguera o deterioro visual grave, sordera completa, insuficiencia cerebrovascular, aneurismas cerebrales o aórticos, hemofilia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) o portadores del virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.), enfermedades crónicas del hígado, neoplasias, enfermedades endocrinas o metabólicas que no se encuentren compensadas, insuficiencia renal crónica, enfermedades difusas de los tejidos, osteoporosis, artrosis generalizada, alcoholismo, toxicomanía o drogadicción y en general, cualquier enfermedad crónica o grave, minusvalía física o psíquica, que a juicio del Asegurador incremente el riesgo de accidente, lo agrave, o dificulte la recuperación posterior.

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.

Caso de manifestarse alguna de esas enfermedades o minusvalías con posterioridad a la entrada en vigor de la póliza, o en su caso de la cobertura, el Tomador o Asegurado deberán comunicarlo de inmediato del Asegurador, el cual, caso de no aceptar la continuidad de la póliza, reembolsará la parte proporcional de prima correspondiente al período no transcurrido.

Inclusión de asegurados

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

a) 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).

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 "Cálculo y liquidación de primas regularizables"

b) 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.

Tramitación de 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 deberán comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás.

DOCUMENTACION A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener el pago el Beneficiario deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación:

a) Fallecimiento.

Partida de defunción del Asegurado, certificado del médico que últimamente le asistiese, en el que se detallará el historial y la naturaleza del accidente que hubiera ocasionado la muerte, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

b) Invalidez Permanente.

Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

c) Incapacidad Temporal.

Partes de alta y baja que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

d) Gastos Médico-Farmacéuticos.

Una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

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.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, 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.

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

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 Seguridad Social o de la jurisdicción laboral:

a) Como norma general, deberá satisfacerla al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

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

e) En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

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

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que

se haya declarado la invalidez permanente.

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.

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 Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a 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 íntegramente aplicable el presente artículo.

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

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.

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.

REPETICIÓN DEL ASEGURADOR

El perjudicado y sus herederos tendrán acción directa contra el Asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del Asegurador a repetir contra el Asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de este, el daño o perjuicio causado a tercero.

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.

Referencias a la ley de contrato de seguro

DECLARACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO. PLAZO PARA SUBSANAR ERRORES DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

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

CONCURRENCIA DE SEGUROS

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

MODIFICACIONES DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

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 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.

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DECLARADA

Caso de producirse el accidente y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares, con la profesión o actividad real del Asegurado o 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 entidad del riesgo, en el momento de emitir la póliza.**

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de la contratación del riesgo, 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 póliza, el Asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose

a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del 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.

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.

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.

Si no existiera Beneficiario expreso y para los casos en que éste no sea el Asegurado mismo, el capital asegurado será satisfecho, por orden preferente y excluyente, como sigue:

- Cónyuge del Asegurado.
- Hijos del Asegurado.
- Padres del Asegurado.
- Herederos legales del Asegurado.

El Asegurador no quedará vinculado por ninguna designación o modificación de Beneficiarios de la que no tenga conocimiento expreso y anterior a la fecha de fallecimiento del Asegurado.

PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, previo perfeccionamiento del contrato, manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes, y una vez haya sido satisfecho el pago del primer recibo de prima.

2. Las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no se hayan cumplido las dos condiciones anteriores. En caso de demora en su cumplimiento, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

3. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) Determinación de la prima

La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las Condiciones Particulares.

b) Pago de la prima

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

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

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

4. 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.

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

6. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o Asegurado pagó su prima.

Actualización anual de la prima

El Asegurador podrá modificar anualmente la prima de esta garantía, teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento, fundamentándose la misma en los cálculos técnicos-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesarias.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

Arbitraje

Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

Competencia de jurisdicción

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

Comunicaciones

1. Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del seguro o el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la póliza, en sus oficinas delegadas o, en su caso a través de mediador de seguros.

2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de domicilio.

3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro o el Asegurado al mediador de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo, el pago de los recibos de primas por el Tomador del seguro o el Asegurado a un mediador de seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo que se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

4. El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro o el Asegurado al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue al Tomador del seguro o al Asegurado el recibo de la prima del Asegurador.

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

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 DEL CONTRATO Y PERDIDA DE BENEFICIOS

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.

También 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.

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.

Servicio de atención al cliente

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 por escrito, ante el Servicio de Atención al Cliente de Seguros Bilbao (Paseo del Puerto nº 20, Getxo -48992-, Vizcaya) o por correo electrónico a la dirección: sacre@segurosbilbao.com, en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento Interno para la Defensa del Cliente aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en la página web oficial, www.segurosbilbao.com en el apartado, Defensa del Cliente.

Asimismo, se detallan en dicha página web oficial, www.segurosbilbao.com, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la Entidad Aseguradora.

En caso de que la queja o reclamación sea desestimada por el Servicio de Atención al Cliente, o de que hayan transcurrido dos meses desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Colectivo de Accidentes - CONVENIO SECTOR
Condiciones Generales

Nº de póliza:1/10/8114377-0002

beneficiario del seguro mediante
transferencia bancaria.

Cálculo y Liquidación de Primas Regularizables

I. SEGUROS CONTRATADOS DE FORMA INNOMINADA

1. 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.

2. Dentro de los treinta días siguientes al término de cada periodo de regularización de prima, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá proporcionar al Asegurador documento firmado en el que indicará mes a mes el número de trabajadores a su cargo afiliados al Régimen General de la S. Social.

3.- El Asegurador tendrá, en todo tiempo y hasta tres meses después de finalizado el contrato, el derecho a practicar inspecciones para verificar o averiguar de datos referentes a los elementos o magnitudes sobre los que la prima esté convenida, debiendo facilitarle el Asegurado o, en su defecto el Tomador del Seguro, las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento o comprobación de los referidos datos. Si estas inspecciones han sido motivada por el incumplimiento del deber establecido en el párrafo 2, el Asegurador podrá exigir del Tomador del Seguro, el pago de los gastos causados en dichas inspecciones.

4.- **Si se produjese el siniestro estando incumplido el deber de declarar previsto en el párrafo 2, o la declaración fuere inexacta, se aplicarán las siguientes reglas:**

a) Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador del Seguro o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

b) En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y de la que se hubiere aplicado de haberse conocido el importe real de las magnitudes que sirven de base para su cómputo.

5.- Fijada la prima definitiva de la anualidad transcurrida, después de la regularización anual, **esa prima no podrá ser inferior al 50% 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.

Cláusula de Fraccionamiento de Pago de Primas

Si se pacta el fraccionamiento del pago de prima de común acuerdo entre las partes contratantes se conviene que, para el pago de la prima anual en períodos semestrales o trimestrales, se aplicarán las siguientes normas:

En caso de que por causas ajenas a la voluntad del Asegurador, la anulación de la póliza tuviera efecto antes de terminar

cualquier anualidad de seguro, el Tomador, o el Asegurado, vendrá obligado a satisfacer la parte de prima que falte para completar el importe de la prima anual.

La forma de pago establecido para el presente contrato viene expresamente indicada en el apartado "**Fecha de efecto y Condiciones de pago**" de las Condiciones Particulares del mismo.

Cláusula de Revalorización Automática de Capitales mediante Índice Variable.

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza (**excepción hecha de las prestaciones incluidas en la Asistencia en Viaje , la Asistencia Familiar , el Subsidio por Privación Temporal del permiso de conducir , la Defensa Jurídica Básica , el Reembolso de Gastos de anulación o cancelación de viaje , la Responsabilidad Civil Privada , así como las incluidas en el Seguro Obligatorio de Viajeros, cuando hubiesen sido contratadas**), quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya, **revalorización que será como mínimo del 1%**, salvo que el porcentaje de revalorización se encuentre expresamente determinado en las Condiciones Particulares, en cuyo caso se aplicaría dicho porcentaje.

DETERMINACIÓN DE CAPITALS

Aplicación del índice variable

Los nuevos capitales revalorizados, así como la nueva prima anual, serán los resultantes de multiplicar los que figuren en la póliza por el Índice de Precios al Consumo antes indicado, **si bien dicha revalorización será como mínimo del 1%**, o el porcentaje expresamente señalado en las Condiciones Particulares, de la forma antes reseñada.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

La prima inicial se determina sobre la base de las coberturas y periodos de cobertura contratados y será reflejada en las Condiciones Particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

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, tengan vigentes en ese momento el Asegurador. Para su determinación también se considerarán además, las modificaciones de las garantías o disminución de 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.

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

SUS EFECTOS SOBRE EL SEGURO DE BIENES

Valor de los daños

La determinación del valor de los bienes asegurados en el momento del siniestro se efectuará en la forma prevista en las Condiciones Generales y/o específicas de la póliza, siendo de aplicación, por consiguiente, si procediese, la regla proporcional de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales. Se tendrá en cuenta la modificación recogida en la Cláusula de Compensación de capitales.

Vigencia de la garantía

El Asegurado podrá renunciar a los beneficios de esta garantía en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta certificada por lo menos con un mes de antelación a dicho vencimiento. El resto de las Condiciones Generales y Particulares subsisten sin variación.



Oficina:
O.E. BADALONA
Fecha de envío: 27-03-2024

Banco Santander, S.A. Domicilio social: Paseo de Pereda, 9-12, 39004 Santander - R.M. de Cantabria, Hoja 286, Folio 64, Libro 5.º de Sociedades, Insc. 1.ª, N.I.F. A-39000013 BIC: BSCHEMM

PL0044

ADEUDO POR DOMICILIACIÓN

EMISOR	IMPORTE	TITULAR
OCCIDENT GCO,S.A.U SEGU Y REAS	>> - 500,12 EUR	>> BOMBEOS DEL MARESME S.L.
ID Emisor: ES97000A28119220	Moneda: EUR	NIF:
Por cuenta de:	Importe de operación: 500,12	IBAN: ES38 0075 0031 1106 0018 4754
Referencia: SBI00009836009021023	Comisiones (0,0000 sobre 0,00): 0,00	
BIC Banco Emisor: BSCHEMMXXX		
CONCEPTO:		
RECIBO: 95515D93 POLIZA: 1-10-8114377 VIGENTE DE 22. 03. 2024 A 22. 03. 2025		
MOD: TRANSPORTE DE MERCANCIAS POR CARRETERA		

Nº de Recibo: 00495053755BBGJMKC / Nº de Factura: / Esquema: CORE

Fecha valor: 26-03-2024

ADEUDAMOS EN SU CUENTA EL APUNTE DETALLADO.

Para cualquier aclaración adicional diríjense con esta nota de adeudo a la entidad ordenante, la cual ha facilitado esta información.