



Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros y EXCAVACIONES M. ESCUDERO, S.L.

Servicio Telefónico de Asesoría
Jurídica

902 361 713

Teléfono de Atención al Cliente

902 344 000

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 5

Datos Compañía

Seguros CATALANA OCCIDENTE
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sociedad dependiente del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000

Patrimonio neto

Euros 2.437.606.153,29

Datos económicos - financieros consolidados del Grupo CATALANA OCCIDENTE, S.A. Y SOCIEDADES DEPENDIENTES a 31 de diciembre de 2014, según Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios *Convenio Sector Profesional*

Coberturas contratadas (*)	Ámbito Laboral €	Otros
Muerte por accidente	47.000	
Muerte por enfermedad profesional	47.000	
Invalidez permanente absoluta por accidente	47.000	
Invalidez Permanente Absoluta por Enfermedad Profesional	47.000	
Invalidez Permanente Total por accidente	28.000	
Invalidez Permanente Total por enfermedad profesional	28.000	
Gran Invalidez por accidente	47.000	
Gran Invalidez por enfermedad profesional	47.000	
Muerte por Enfermedad común o Accidente no laboral		1.804 euros
Defensa Jurídica Laboral		3.000 euros

Prima neta primera anualidad : 94,26

De todas las coberturas ofrecidas por el Asegurador, el Tomador del seguro contrata para cada uno de los 1 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 94,26 Eur.

Prima neta póliza 94,26 Eur.

Muerte por enfermedad común o accidente no laboral: el número de meses asegurados se entienden mensualidades de salario del/la trabajador/a fallecido/a, según cálculo de los emolumentos que componen el importe de "mensualidad" que se determina en el Convenio laboral que regula la actividad asegurada.

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

Nº de póliza
8-4.355.768-B

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: 1
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 los

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Convenios

Convenio Sector Profesional

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.

Normativa de protección de datos de carácter personal

La Entidad Aseguradora incorporará en sus ficheros y someterá a tratamiento los datos personales que se recogen en el presente documento, y los que pueda solicitar con posterioridad al mismo, para hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

La finalidad de los ficheros es el tratamiento de los datos recabados, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual. La Entidad responsable de los ficheros es Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora proceda a su tratamiento, en los términos indicados en los párrafos anteriores.

El firmante consiente expresamente que sus datos sean comunicados entre la Entidad y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines. En el caso que, por cualquier circunstancia, la póliza no llegara a formalizarse o se rescindiera, el firmante consiente expresamente que la Entidad Aseguradora conserve los datos con el fin exclusivo de evaluar y gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo.

La Entidad Aseguradora se compromete a respetar y facilitar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte del afectado, en los términos y dentro de los límites

establecidos en los artículos 23 a 36 del Real Decreto 1720/2007, por el que se desarrolla la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. El firmante podrá ejercitar los derechos antes mencionados, así como revocar los distintos consentimientos que pueda prestar mediante la presente cláusula LOPD, dirigiendo una carta por correo ordinario al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora, Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: lopd@catalanaoccidente.com

En los supuestos en que el firmante ejerza el derecho de cancelación, y ello afecte a los datos necesarios para la valoración del riesgo o el desarrollo de la relación contractual, la Entidad Aseguradora podrá oponerse a la indicada solicitud de cancelación. En caso de solicitudes de seguro, tal cancelación dará lugar a que la Entidad Aseguradora pueda desestimar la contratación del riesgo solicitada, por no poder disponer y tratar adecuadamente la información necesaria para su valoración y cuantificación.

Vd. consiente de forma expresa al tratamiento de sus datos a efectos de recibir información sobre los productos y servicios de la Entidad Aseguradora y de entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente (www.grupocatalanaoccidente.com)

En caso de que Vd. no desee recibir tal información, podrá manifestarlo en cualquier momento, utilizando los mecanismos expresados anteriormente (correo ordinario o correo electrónico)

La presente póliza se compone de las anteriores Condiciones Particulares y Especiales (transcritas en las páginas 1 a 5), 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.

En Sant Cugat del Vallès a 16 de julio de 2015

Por la Entidad,



Director General

El Tomador del Seguro,

PCI-3004A-279-20150716-16:30

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