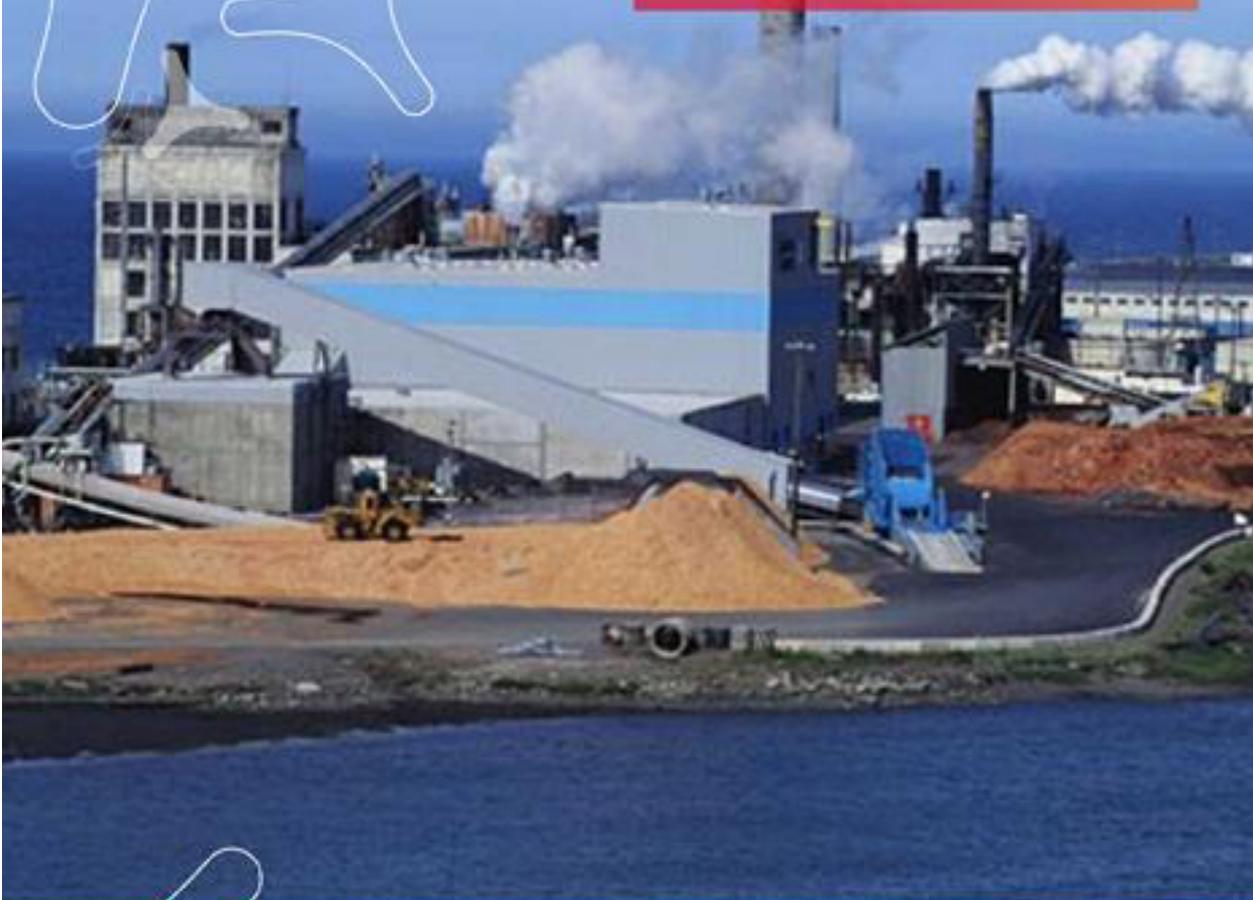


Titular: LOSTEC, S.A.
Contrato: BIDQ007593
Fecha Efecto: 25-02-2016



Accidentes Convenio Plus



Bienvenido a PLUS ULTRA Seguros

Su Mediador: JAVIER DA PENA POSTIUS

Código: P08221/078/01

CL MANLLEU NRO. 16

08500 VIC

BARCELONA

Teléfono: 938861039

Estimado cliente, bienvenido a Plus Ultra Seguros:

Respondiendo a su solicitud, nos es grato facilitarle **su Contrato de Seguro** con las coberturas y prestaciones contratadas.

En el caso de que tenga alguna duda en cuanto a la interpretación de las condiciones o garantías, o desee más información sobre las mismas, no dude en consultarlo con su **Mediador** profesional de seguro, el cual le asesorará en cualquier gestión relativa a su póliza. Puede encontrar sus datos en el encabezamiento.

A continuación, encontrará el detalle de su **Contrato de Seguro**.

Muchas gracias por su confianza,

Plus Ultra Seguros
Seguridad que se comparte

Bienvenido a PLUS ULTRA Seguros

En este documento encontrará todos los datos de su póliza, que podrá consultar y modificar en cualquier momento desde la **Oficina Internet**.

A través de este portal podrá gestionar sus consultas on-line, acceder a la información de sus pólizas, comunicar y consultar siniestros, obtener información de sus recibos, así como realizar presupuestos y contratación a través de la web. Todo ello de manera fácil y sencilla.

Para poder acceder a la **Oficina Internet de Plus Ultra Seguros**, primero deberá registrarse como usuario siguiendo estas sencillas indicaciones:

1. Escriba en su navegador: <http://www.plusultra.es>
2. Seleccione la opción "Acceso clientes" en el menú superior de la pantalla.
3. En la opción "Todavía no soy usuario de oficina internet" introduzca su número de póliza y el número y letra de su documento de identidad para poder acceder al formulario de registro.
4. Una vez completado el registro, siguiendo las indicaciones que le iremos mostrando en pantalla, le enviaremos la contraseña personal e intransferible en un mensaje a su teléfono móvil. Por seguridad, le recomendamos que cambie periódicamente su contraseña.

En el caso de que su teléfono móvil tenga instalada una aplicación de lectura de códigos BIDI puede escanear el siguiente código y cumplimentar los datos del formulario en su teléfono.



A partir de ese momento podrá acceder a su Oficina Internet con usuario y contraseña o utilizando el DNI electrónico.

Aprovéchate de las ventajas de la Oficina Internet.

Contrato de Seguro

ACCIDENTES COLECTIVOS

Accidentes Convenio Plus

Póliza N°	BIDQ007593
------------------	------------

Tomador del Seguro

Nombre	LOSTEC, S.A.
Domicilio	CL SANTIAGO RAMON Y CAJAL NRO. 95
Código Postal	8500
Localidad	VIC
Provincia	BARCELONA
NIF/CIF	A59932442

Nombre del Mediador	JAVIER DA PENA POSTIUS Código:P08221/078/01
----------------------------	---

Línea de Atención Telefónica: 902 15 10 15 (91 783 83 83)

PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL

Sede Social: Plaza de las Cortes, 8 - 28014 - MADRID - ESPAÑA
Registro Mercantil de Madrid, hoja 97987
C.I.F.: A-30014831 - DGSFP C-517 y G-051

Índice

I – CONDICIONES PARTICULARES

II.- CONDICIONES ESPECIALES

III.- CONDICIONES GENERALES.

III.1.- MARCO NORMATIVO.

III.2.- DEFINICIONES.

III.3.- EXTENSION DEL SEGURO

Artículo 1º.- Modalidades de Contratación y Riesgos Cubiertos.

Artículo 2º.- Garantías susceptibles de aseguramiento.

Artículo 3º.- Extensión Territorial.

Artículo 4º.- Exclusiones.

III.4.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS.

III.5.- DISPOSICIONES COMUNES.

Artículo 5º.- Bases del contrato.

Artículo 6º.- Perfección y efectos del contrato.

Artículo 7º.- Duración del contrato.

Declaraciones sobre el riesgo:

Artículo 8º.- En el acto de suscripción y durante la vigencia del contrato.

Artículo 9º.- Facultades del Asegurador ante declaración falsa o inexacta.

Artículo 10.- Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato.

Artículo 11.- Consecuencia de no comunicar la agravación del riesgo.

Artículo 12.- Disminución del riesgo.

Artículo 13.- Pago de la prima.

Artículo 14.- Consecuencia del impago de primas.

Siniestros:

Artículo 15.- Declaración, criterios que rigen en caso del siniestro e indemnizaciones.

Artículo 16.- Prescripción.

Artículo 17.- Jurisdicción.

Artículo 18.- Comunicaciones.

Artículo 19.- Subrogación.

INFORMACION ADICIONAL.

I-CONDICIONES PARTICULARES

EFFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO DEL SEGURO

Fecha Efecto:	25/02/2016	A las 24:00 horas
Fecha Vencimiento:	25/02/2017	A las 24:00 horas
Duración del Seguro:	ANUAL PRORROGABLE	
Forma de Pago:	ANUAL	

PRIMAS Y PERIODO PRIMER RECIBO

	Prima Neta	Consortio	IPS	Total
Primer Recibo:	111,13	1,93	0,00	113,06
Sucesivos:	Según Tarifa Vigente			

DOMICILIO DE COBRO

Domicilio:	Domicilio Social de la Compañía o Sucursal más próxima
-------------------	--

DATOS DEL RIESGO

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

GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

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

GARANTÍAS CONTRATADAS	SUMAS ASEGURADAS
1.- MUERTE POR:	
- Accidente Laboral	22.000,00
2.- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR:	
- Accidente Laboral	22.000,00
6.- GRAN INVALIDEZ POR:	
- Accidente Laboral	22.000,00

Ramo: 11**Riesgo:** 60**Número de Contrato:** BIDQ007593

II-CONDICIONES ESPECIALES

La presente póliza cubre los accidentes corporales de las personas al servicio de la Empresa Contratante, que figuren en los Estados TC1 y TC2 de Cotización a la Seguridad Social. Póliza establecida en base a 16 TRABAJADOR/ES, a razón de 6,94 EUROS por obrero/año.

CONVENIO DE: EMPRESAS DE INGENIERÍA Y OFICINAS DE ESTUDIOS TÉCNICOS, AMBITO DE: INTERPROVINCIAL

BENEFICIARIOS: Según se establece en Condiciones Particulares.

DEFINICIÓN ACCIDENTE LABORAL

Tendrá la consideración de accidente de trabajo y en consecuencia, será indemnizado por la póliza, toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta del Tomador del Seguro y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias judiciales firmes.

Se incluyen los accidentes que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo que ejecute exclusivamente por cuenta del Tomador del Seguro (riesgo "in-itinere"). En consecuencia, quedan excluidos aquellos accidentes que aún produciéndose "in-itinere", el trabajador estuviese empleado en otra empresa distinta a la indicada como Tomador del Seguro en las Condiciones Particulares de la póliza.

ADAPTACIÓN A LA NORMATIVA DE COMPROMISOS POR PENSIONES

A los efectos oportunos se hace expresamente constar que el presente contrato de seguro colectivo de accidentes instrumenta los compromisos por pensiones asumidos por nombre del Tomador del Seguro, en calidad de empleador, con su personal activo al cual compone el grupo asegurado.

Al instrumentar esta póliza de seguro colectivo de accidentes los compromisos por pensiones asumidos por nombre del Tomador del Seguro con su personal activo, queda sujeto al régimen previsto en la Disposición adicional primera ("Protección de los compromisos por pensiones de los trabajadores") del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, y demás normativa que le sea de aplicación.

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

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

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

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

DEFINICIÓN DE ASEGURADO

A los efectos de la cobertura del presente seguro se entienden como Asegurados todo el personal en activo de la empresa dependiente del Tomador del Seguro, adscritos a la actividad profesional a la que hace referencia el Convenio Colectivo reseñado en las mismas que figuren de alta en la Seguridad Social y por los que se coticen las respectivas cuotas, con los límites de capitales que aparecen especificados para cada garantía.

Dentro del concepto de personal activo y, por tanto, automáticamente ingresado en el grupo asegurado, se considerará incluido al personal afecto al compromiso por pensiones asumido por el Tomador del Seguro en situación de alta laboral. Se incluye dentro de este concepto, el personal minusválido y los que en el momento de la formalización del contrato de seguro estén en situación de baja por Incapacidad Temporal a consecuencia de accidente laboral, obviamente para todo siniestro que no se derive de dicha minusvalía o del siniestro que originó la baja, respectivamente.

Los asegurados en situación de Incapacidad Temporal a los que les sea declarado por el EVI, entidad gestora u organismo oficial o jurisdicción competente la situación de Invalidez -bien provisional o definitiva- no tendrán a partir de ese momento la consideración de grupo asegurado.

Si a un trabajador se le reconociese una Incapacidad Permanente Total para su trabajo habitual indemnizada por el Asegurador, y en virtud de los acuerdos existentes en la empresa o lo establecido en su convenio sectorial, se reincorporase a la misma para desarrollar una actividad de menor riesgo a la realizada en su anterior ocupación, se le considerará incluido dentro del grupo asegurado. Sin embargo, no podrá ser indemnizado nuevamente por las mismas causas que determinaron la indemnización.

ALCANCE DE LA COBERTURA

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

GARANTIAS Y CAPITALES ASEGURADOS

Las obligaciones asumidas por el Asegurador vendrán determinadas por lo estipulado en cada momento en el contrato de seguro. Estas se indican expresamente en el apartado "Garantías y Sumas Aseguradas" de las presentes "Condiciones Particulares", y ello aún en el caso de que dichas obligaciones no coincidan con los señalados en el Convenio Colectivo.

No obstante lo indicado en el párrafo anterior, y con el objeto de paliar las posibles diferencias de capitales motivados por los incrementos que anualmente se pueden producir y que no estuvieran adecuadamente reflejados en la póliza, el Asegurador amplía de forma automática los capitales de las garantías que en la actualidad se encuentran contratadas, en un 20% con un límite máximo de 6.000 euros, siempre que con motivo de la precitada actualización de capitales los mismos no estuviesen reflejados en la póliza, produciéndose en consecuencia, insuficiencia de capitales en las garantías contratadas en la póliza respecto a los previstos en el Convenio Colectivo. Para los convenios de Empresa estos límites se reducen al 10% con un límite de 2.000 euros.

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

Una vez actualizadas las garantías y/o capitales, el Asegurador comunicará al Tomador las nuevas condiciones documentadas mediante suplemento y con indicación de su prima resultante a efectos de proceder a su pago. El Tomador por su parte queda obligado a aceptarlas.

Del mismo modo, el Tomador del Seguro declara aceptar las actualizaciones de garantías y capitales que el Asegurador realice, por tener conocimiento éste de las modificaciones producidas en los convenios. Si el Tomador rechazase la actualización de garantías y capitales, y deviniese un siniestro amparado en la póliza, el Asegurador sólo vendrá obligado a pagar el capital asegurado en la póliza.

GARANTIAS ASEGURADAS

La cobertura del seguro comprende las garantías indicadas a continuación:

MUERTE

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO

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

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

GRAN INVALIDEZ

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

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

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

LÍMITE DE GARANTÍAS EN CASO DE CUMULO

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

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

RENUNCIA DEL TOMADOR A DESIGNAR BENEFICIARIOS

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

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

1º Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha de fallecimiento del Asegurado; 2º Hijos o descendientes del Asegurado a partes iguales; 3º Padres o ascendientes del Asegurado a partes iguales; 4º Hermanos por partes iguales; 5º Colaterales hasta cuarto grado inclusive; 6º Herederos legales.

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

Para el caso de invalidez en los diferentes grados indicados expresamente en la póliza, será beneficiario el propio Asegurado.

COMUNICACIONES Y LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

Al tratarse de una póliza innominada, la prima neta anual consignada se considera provisional y se ha calculado en base a los datos relativos al grupo asegurado conocido por el Asegurador. Esta prima será regularizada al final de cada anualidad de seguro, sobre la base del número real de empleados asegurados. Para ello el Tomador se obliga a:

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

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

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

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

83,35 EUROS.

CLAUSULAS LIMITATIVAS :

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

- Exclusiones y Limitaciones.
- Facultades del Asegurador ante declaración falsa o inexacta.
- Agravación del riesgo durante la vigencia del contrato.
- Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo.
- Declaración, criterios que rigen en caso de siniestro e indemnizaciones.

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

III.- CONDICIONES GENERALES

III.1.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL (En adelante PLUS ULTRA SEGUROS), tiene su domicilio en Madrid c/ Plaza de las Cortes, nº 8, siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, y demás legislación aplicable, así como por lo expresamente pactado en el contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Plus Ultra Seguros, tiene las siguientes instancias de reclamación y resolución de conflictos, cuyo funcionamiento se regula en el Reglamento para la Defensa del Cliente que podrá consultar en la página web, www.plusultra.es: Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros; Defensor del Cliente (DC) de Plus Ultra Seguros, que atenderá en segunda instancia cuantas quejas y reclamaciones se les formule de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la Defensa del Cliente.

Del mismo modo, podrá formularse reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) y/o el Defensor del Cliente (DC) de Plus Ultra Seguros, antes mencionados; a los Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado, o mediante procedimiento de mediación, tramitado en los términos establecidos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

III. 2 DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL. La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

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

ASEGURADO: Cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro. Se especifica más ampliamente esta definición en las Condiciones Especiales de la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

SINIESTRO: Todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se consideran que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

III.3.- EXTENSIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 1º. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y RIESGOS CUBIERTOS

El objeto del presente contrato de seguro es el cumplimiento de los compromisos de aseguramiento de accidentes, contraído por el Tomador del Seguro con sus empleados, en virtud de la obligación contractual derivada del Convenio Laboral que afecta a los mismos. De conformidad con lo indicado por el Convenio aplicable en cada caso, la cobertura puede alcanzar cualquiera de las siguientes modalidades, según quede establecido en las Condiciones Particulares de la póliza:

1. **Accidente Laboral o de trabajo:** Todo hecho así dictaminado por la autoridad laboral en sus resoluciones, o, vía judicial, mediante sentencia firme, debiendo además cumplirse los requisitos previstos para la aplicación de esta cobertura en las Condiciones Especiales de la póliza de seguros.
2. **Enfermedad profesional:** Todo hecho declarado como tal, que cumpla los requisitos legales exigidos para ser declarados, en cada caso, enfermedad profesional, debiendo además cumplirse los requisitos previstos para la aplicación de esta cobertura en las Condiciones Especiales de la póliza de seguros.
3. **Accidente No Laboral:** Queda amparado el hecho englobado en la definición de Accidente que figura en estas Condiciones Generales, así como los siguientes, **siempre que se produzcan de forma no intencionada:**

a) Los que resulten de la utilización por el Asegurado, como pasajero, de los medios de transporte público de viajeros siguientes:

- Por vía terrestre, férrea o fluvial.
- Por vía marítima, **bajo la única condición de que la travesía se realice en un barco que efectúe un servicio regular de viajeros.**
- Asimismo quedan garantizados los accidentes que resulten del uso por el asegurado de un medio de transporte aéreo ocupando plaza en los siguientes medios de transporte:
 - Aeronaves debidamente autorizadas por los Organismos competentes para el transporte público de pasajeros.
 - Los aparatos que sean propiedad de empresas que se utilicen exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
 - Aparatos de transporte de pasajeros que pertenezcan al Estado español u Organismo Oficial y que igualmente tengan más de un motor.

Son de aplicación los límites geográficos indicados en el Artículo 3º - Extensión Territorial de las presentes Condiciones Generales.

- b) Los accidentes ocurridos en el curso de intento de salvamento de personas o bienes.
- c) Las agresiones no provocadas por el Asegurado y los accidentes ocurridos en caso de legítima defensa.
- d) Quedan igualmente comprendidos los accidentes sufridos como consecuencia de la práctica por el Asegurado, únicamente en calidad de amateur y con fines de distracción, de actividades deportivas, **quedando excluidas aquellas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a).** Dichas actividades deportivas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a sólo podrán incluirse mediante pacto expreso específico en Condiciones Particulares.
- e) Los accidentes causados por rayo, incendio, electricidad, quemaduras.
- f) Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; sólo cuando el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.

- g) La asfixia por inmersión o por escape de gas o vapores tóxicos.
- h) La ingestión, por error o acto criminal de terceros, de productos tóxicos o corrosivos, **excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes o alucinógenos, por medicamentos en una dosis superior a la prescrita.**
- i) Los casos de rabia o carbunco a consecuencia de mordeduras de animales o picaduras de insectos; las mordeduras de serpientes.
- j) Las consecuencias fisiológicas de operaciones quirúrgicas, a condición de que hayan sido originadas por un accidente garantizado.
- k) Tendrán consideración de accidente la Meningitis proveniente de traumatismo cráneo-encefálicos abiertos; la Encefalitis proveniente de vacunación de Polio, Difteria o Sarampión; el Tétanos proveniente de heridas por accidente.
- l) Se consideran accidente las torceduras, esguinces y/o distensiones causados por **tensiones musculares repentinas derivadas de causa accidental y externa.**
- m) Los accidentes derivados del uso por el Asegurado, como pasajero o conductor (**siempre que se esté en posesión de la autorización administrativa competente**), de toda clase de vehículos automóviles, furgonetas o camiones, bicicletas, y como conductor de ciclomotores y **motocicletas cuya cilindrada no exceda de 125 centímetros cúbicos**, o pasajero de cualquier tipo de motocicleta.

ARTÍCULO 2º GARANTIAS SUSCEPTIBLES DE ASEGURAMIENTO

La indemnización o prestación como consecuencia de alguna de las siguientes garantías, quedarán cubiertas por la póliza, cuando expresamente figuren en las Condiciones Particulares, debiendo además cumplirse los requisitos previstos para la aplicación de cada garantía en las Condiciones Especiales de la póliza de seguros.

- Fallecimiento
- Capital adicional por fallecimiento por accidente de circulación
- Invalidez Permanente Parcial
- Incapacidad Permanente Total
- Incapacidad Permanente Absoluta
- Gran Invalidez
- Capital adicional por invalidez permanente absoluta por accidente de circulación
- Incapacidad Temporal
- Asistencia Sanitaria

ARTÍCULO 3º. EXTENSIÓN TERRITORIAL

Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo, **siempre que los países a visitar o a desarrollar la actividad declarada, no sean considerados en el momento de la realización del viaje y/o estancia temporal, de riesgo, por considerarse que pueden poner en peligro la integridad física del Asegurado. Se consideran zonas o países de riesgo, aquellos en donde existe una alta conflictividad política, económica o social, o se encuentren en situación bélica o prebélica.**

Para los siniestros ocurridos en el extranjero las indemnizaciones se abonarán al Asegurado o Beneficiario en España. **Si algún Asegurado traslada su domicilio al extranjero, quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.**

1. Si por Condición Particular se contratan las garantías de Incapacidad Temporal o Asistencia Sanitaria Ilimitada, **la prestación sólo se realizará durante el tiempo en que el Asegurado permanezca en territorio español.**
2. Respecto a los accidentes ocurridos en el extranjero y **siempre que la póliza tenga contratada la garantía de Asistencia Sanitaria**, se entenderá aplicable el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares. **En el caso de países extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea, no se podrá sobrepasar en ningún caso la cantidad de 3.000 euros.**

3. Las indemnizaciones serán abonadas al Asegurado o Beneficiario en España y en moneda de uso en España, al tipo de cambio oficial vigente en el momento en que el derecho de reembolso se hubiera producido, y contra entrega de los justificantes que proceda en cada caso.

ARTÍCULO 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Personas excluidas del seguro:

a) Se excluyen por edad:

Los siniestros declarados por asegurados que al término de la anualidad del seguro cumplan la edad de 65 años, o en el momento en que dejen de prestar sus servicios para el Tomador del Seguro, y como máximo hasta la edad de 70 años.

b) Se excluyen por encontrarse en el momento de la formalización del contrato de seguro:

➤ Los trabajadores que se encuentren en:

- Situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad Profesional, y/o
- Iniciando o tramitando expediente de Invalidez Permanente ante la autoridad correspondiente, a consecuencia de Accidente o Enfermedad Profesional.

c) Se excluyen del colectivo asegurado por pasar a la situación de Invalidez Permanente provisional o definitiva:

Los trabajadores que han sido declarados en su correspondiente Resolución por el Equipo de Valoración de Incapacidades, entidad gestora u organismo jurisdiccional competente, en situación de Invalidez Permanente.

2. Accidentes excluidos, garantizables, en su caso, por cláusula especial, cuando el hecho causante sea declarado como NO LABORAL:

Siempre que se haya contratado la cobertura de Accidente no Laboral, tendrán la consideración de accidente mediante la inclusión expresa por cláusula en las Condiciones Especiales de la póliza y el pago de la oportuna sobreprima, los siguientes hechos:

a) Actividades deportivas, siempre y cuando se realicen en calidad de aficionado y sin ningún tipo de remuneración:

- Boxeo, judo, kárate, lucha, taekwondo, y deportes similares.
- Rugby, hockey sobre hielo.
- Esquí de nieve y náutico.
- Halterofilia, hípica (polo y salto)
- Patinaje

b) Conducción de motocicletas con cilindrada superior a 125 cc. para uso exclusivamente privado.

3. Riesgos y consecuencias QUE EN NINGÚN CASO SON CUBIERTOS por el Asegurador. Se detallan clasificándolos por modalidades de cobertura:

a) **Accidente Laboral o de Trabajo:** En esta cobertura se excluyen todos los hechos que no sean declarados legalmente como tales. Quedan igualmente excluidos los señalados en el punto 4 del presente artículo 4º Exclusiones y Limitaciones, comunes a las diferentes modalidades de cobertura.

b) **Enfermedad Profesional:** En esta cobertura se excluyen los supuestos que legalmente no se declaren derivados de enfermedad profesional. Quedan igualmente excluidos los señalados en el punto 4 del presente artículo 4º Exclusiones y Limitaciones, comunes a las diferentes modalidades de cobertura.

c) Accidente No Laboral:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.
 - Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
 - Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.
 - Los accidentes que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas de cualquier naturaleza, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa, y los que sean consecuencia de imprudencia temeraria o infracciones de reglamentos por el propio Asegurado.
 - El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la auto mutilación.
 - Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados, salvo lo previsto en el artículo 1º apartado 3.a de este contrato. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros.
 - Todo tipo de enfermedades o de estados patológicos preexistentes, así como las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.
 - Hernias de cualquier clase que afecten a paredes abdominales o a discos intervertebrales, así como reumatismos, varices y eczemas.
 - Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.
 - Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.
 - Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente. A estos efectos, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al indicado en la normativa vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
 - Paracaidismo, aerostación, parapente, ala delta, vuelo sin motor, vuelo con motor, vuelo libre, vuelo acrobático, ultraligeros, puenting y similares.
 - Buceo deportivo con escafandra autónoma y pesca submarina, navegación a vela en mar a más de cinco millas de la costa. Motonáutica, cuando la embarcación pueda alcanzar una velocidad superior a veinte nudos.
 - Pesca en alta mar o caza mayor.
 - Espeleología, alpinismo, escalada y montañismo.
 - En general, cualquier deporte o actividad recreativa de características similares a las descritas o cuya peligrosidad sea notoriamente elevada.
 - Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte como profesional, así como la participación en todo tipo de competiciones deportivas o torneos organizados por federaciones, así como en aquellas que aun siendo organizados por organismos distintos, obligue al participante a tener licencia deportiva; pruebas y concursos, o en sus ensayos preparatorios, cuyo objetivo sea la consecución de premio.
 - Derrames cerebrales, infartos de miocardio, angina de pecho y sus consecuencias.
 - Participación activa en fiestas populares que entrañen un riesgo para las personas, como lanzamiento de fuegos artificiales, suelta de vaquillas, toreo y encierro de reses bravas y similares.
 - Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.
 - La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.
 - Quedan igualmente excluidos los señalados en el punto 4 del presente artículo 4º Exclusiones y Limitaciones, comunes a las diferentes modalidades de cobertura.
4. Riesgos y consecuencias comunes a las modalidades de coberturas de Accidente Laboral o de Trabajo, Enfermedad Profesional y Accidente No Laboral QUE EN NINGÚN CASO SON CUBIERTOS por el Asegurador.
- Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.
 - Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz.
 - Los hechos derivados de terrorismo.

- **Los accidentes derivados de acontecimientos extraordinarios, tal y como se definen en el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, o en las disposiciones legales equivalentes vigentes en el momento del siniestro.**

III.4.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de acuerdo con la siguiente cláusula:

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

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

2. Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**

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

- c) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.**
- d) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del**

agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- e) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- f) Los causados por mala fe del asegurado.
- g) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- h) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

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

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

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

III.5.- DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 5º. BASES DEL CONTRATO

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

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

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

ARTÍCULO 6º. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

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

ARTÍCULO 7º. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. La duración es anual, siendo la fecha de inicio la que figura al principio del presente Contrato, prorrogándose automáticamente a su vencimiento por iguales periodos. **No obstante, tanto el Asegurado como el Asegurador pueden manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de un mes al vencimiento de la póliza en el caso del Tomador y de dos meses en el de la Aseguradora.** Asimismo, podrá pactarse una duración inferior a la anual, en cuyo caso, no será aplicable la prórroga tácita.
2. El seguro quedará extinguido para todas las garantías relacionadas con el mismo, en los casos en los que el asegurado fallezca o se encuentre en una situación de invalidez peramente absoluta. En las dos situaciones indicadas, **el Asegurador tiene derecho a hacer suya la parte de prima del periodo en curso correspondiente al asegurado afectado.**

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 8º. EN EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones hechas por el Tomador del seguro y/o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo y la fijación de la prima.
2. El Tomador del seguro y/o Asegurado tiene el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario anteriormente citado, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.
3. El Tomador del seguro o el Asegurado **deberán durante la vigencia del contrato comunicar al Asegurador**, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. **Podemos destacar como cambios a comunicar al Asegurador entre otros y con carácter meramente informativo, el cambio de profesión, utilización de motocicletas, práctica de actividades deportivas no comunicadas al suscribir el contrato.**
4. En los seguros de personas el Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

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

ARTÍCULO 9º. FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

1. **El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del**

seguro. Desde el momento en que el Asegurador haga esta declaración quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

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

ARTÍCULO 10º. AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

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

ARTÍCULO 11º. CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

ARTÍCULO 12º. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. 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.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, se reducirá el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso 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.

ARTÍCULO 13º. PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.
3. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.
4. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

ARTÍCULO 14º. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

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

SINIESTROS

ARTÍCULO 15º. DECLARACIÓN DEL SINIESTRO, CRITERIOS QUE RIGEN EN CASO DE SINIESTRO E INDEMNIZACIONES.

El Tomador del seguro y/o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, estableciéndose además las siguientes normas:

1. Derivada de Accidente Laboral o de Trabajo o de Enfermedad Profesional.

Tanto para el caso de fallecimiento como para Invalidez Permanente, deberá presentarse la correspondiente **resolución firme de la Autoridad Laboral competente**, declarando el origen de los hechos como derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, así como las consecuencias definitivas del mismo.

Asimismo, se acreditará la condición de Beneficiario según las normas que sean de aplicación a cada caso, y haber cumplido con los requisitos fiscales para el cobro de la indemnización.

En Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior de alta.

En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento, se remitirán al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

2. Derivada de Accidente No Laboral:

Si el Asegurado no fallece inmediatamente a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se contará hasta un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente.

Se considerará idéntico periodo de dos años para los supuestos de invalidez permanente en los que la misma sea definitiva y no inmediatamente.

En ambos supuestos, se tiene que probar médicamente que el fallecimiento o la invalidez permanente es consecuencia directa del accidente.

I. En caso de fallecimiento por accidente o Muerte natural:

- a) Certificado literal de defunción, por el Registro Civil.

- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se le ha practicado, o documentos que acrediten la causa del fallecimiento.
- c) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones debidamente cumplimentado por Hacienda.
- d) Si existe designación expresa de Beneficiario: el Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades y copia del último Testamento.
- e) Si no existe designación expresa de Beneficiarios, los documentos citados en el párrafo anterior y a falta de éstos, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

II. En caso de Invalidez Permanente:

- a) Certificado médico oficial, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión del tipo de incapacidad resultante del accidente.
- b) Diligencias judiciales o documentos que acrediten la Incapacidad Permanente por accidente.
- c) Si procede, carta de pago o exención del Impuesto de Donaciones, debidamente cumplimentado por Hacienda.

III. En todos los supuestos:

- a) Declaración de siniestro.
- b) Documentos que acrediten la personalidad y condición de Beneficiario.

3 Criterios que rigen en caso de siniestro para siniestros derivados de:

- **Accidente Laboral y Accidente No Laboral:** Se considerará como fecha de siniestro para todas las garantías de la póliza, la fecha de ocurrencia del accidente.
- **Enfermedad Profesional:** Se considerará como fecha de siniestro a efectos de las prestaciones aseguradas, la fecha del Informe Propuesta de Declaración de Invalidez por Enfermedad Profesional que emita el EVI de la Seguridad Social.

ARTÍCULO 16º. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 17º. JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 18º. COMUNICACIONES

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

ARTÍCULO 19º. SUBROGACIÓN

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

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D)

En cumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE Nº 298 14/12/1999), el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable PLUS ULTRA Seguros, entidad ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro o el plan de pensiones, otorgando expresamente su consentimiento:

* Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, reaseguradora y gestora de Fondos de Pensiones.

* Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo asegurador al que pertenece la Compañía, relacionados con el sector del Seguro y los Fondos de Pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual.

Si desea conocer las sociedades pertenecientes al Grupo puede consultar en cualquier momento la página web corporativa (www.plusultra.es).

* Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude y de liquidación de siniestros, y consulta en ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito, en aras a la correcta valoración y análisis del riesgo asegurado.

* Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el Grupo Asegurador en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en sus seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Plus Ultra Seguros.

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

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

El Tomador/Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 a 17 de la citada Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y 27 a 35 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (BOE Nº 17,17/01/2008) en su domicilio social, sito en la Plaza de las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia Entidad Aseguradora, PLUS ULTRA Seguros.

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

Madrid, a 25 de febrero de 2016



El Tomador

El Mediador

Plus Ultra Seguros

INFORMACIÓN ADICIONAL

DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE, DEFENSOR DEL CLIENTE Y DEFENSOR DEL PARTICIPE DE LOS PLANES DE PENSIONES

Plus Ultra, Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal (en adelante, "Plus Ultra Seguros"), entidad aseguradora, reaseguradora y gestora de fondos de pensiones, en cumplimiento de las previsiones de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de reforma del sistema financiero (BOE núm. 281, de 23 de noviembre de 2002), así como en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor al cliente de las entidades financieras (BOE núm. 72, de 24 de marzo de 2004), y la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del BdE, la CNMV y la DGSFP (BOE núm. 281, de 22 de noviembre de 2012); pone a disposición de los tomadores de las pólizas de seguro comercializadas por la entidad aseguradora, así como de los asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados, e igualmente, de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones comercializados por la entidad en su calidad de gestora de fondos de pensiones, o de los causahabientes de cualesquiera de los anteriores, un departamento y servicio de atención al cliente, así como un defensor del cliente, y un defensor del partícipe, como instancias de reclamación competentes designadas por la entidad aseguradora ante las cuales podrán formular queja o reclamación en relación con las pólizas de seguro o planes de pensiones comercializados por Plus Ultra Seguros.

Al respecto y de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la defensa del cliente de Plus Ultra Seguros, que puede ser consultado en la página web corporativa, en la siguiente dirección en Internet (<https://www.plusultra.es/>), con carácter previo a la presentación de una queja o reclamación, el interesado podrá dirigirse directamente al área competente de la entidad aseguradora, y en el supuesto que no sea debidamente atendida su pretensión, podrá dirigirse al departamento y servicio de atención al cliente, así como en su caso y en segunda instancia al defensor del cliente, o bien directamente al defensor del partícipe si la queja o reclamación viniera referida a los planes de pensiones comercializados por la entidad gestora de fondos de pensiones.

Asimismo y de conformidad con las previsiones del Reglamento de defensa del cliente, la presentación de la queja o reclamación debe realizarse por escrito, bien por correo ordinario al domicilio social de la entidad aseguradora en el caso de dirigirse al departamento y servicio de atención al cliente, sito en Madrid (28014), Plaza de las Cortes, núm. 8, admitiéndose también su formulación por medios telemáticos, a través del página web corporativa, de conformidad con el Reglamento para la defensa del cliente de Plus Ultra Seguros, en donde podrá hacer el seguimiento de la respuesta en todo momento; bien en segunda instancia al domicilio del defensor del cliente o bien directamente al defensor del partícipe, designados por la entidad aseguradora, sito en Madrid (28004), calle Marqués de la Ensenada nº 2.6ª planta, cuyos demás datos de contacto constan en el Reglamento publicado, debiendo contener el escrito de queja o reclamación al menos, la siguiente información o justificación: nombre y apellidos del reclamante, o denominación social del reclamante, y en su caso, acreditación de la representación, documento nacional de identidad o número de identificación fiscal, teléfono, domicilio, localidad, provincia, código postal, dirección de correo electrónico en su caso, ramo de seguro y número de póliza de seguros o plan de pensiones, referencia de siniestro en su caso, especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula ante la instancia de reclamación competente, así como designación del departamento de la entidad aseguradora que previamente haya desatendido la misma, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada en ese momento a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial alguno.

La decisión del departamento y servicio de atención al cliente, del defensor del partícipe, así como en su caso, del defensor del cliente, favorable al reclamante en relación con las pólizas de seguros o planes de pensiones comercializados por Plus Ultra Seguros, vinculará a la misma. Asimismo y en caso de desestimación de la pretensión, esta vinculación no será obstáculo a la plenitud de tutela judicial ante los Juzgados y Tribunales ordinarios de Justicia, al recurso a otros mecanismos de solución de conflictos, ni a la protección administrativa prevista en la referida Ley 44/2002, de 22 de noviembre, y Órdenes ministeriales anteriormente citadas, así como demás legislación aplicable.

CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

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

- La sucursal INTERNET, www.plusultra.es, de Plus Ultra Seguros, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año,

consultar sus pólizas, declarar siniestros, modificar los datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.

- Su Agente o Corredor de Seguros.
- Llamando a nuestro Contact Center, 902 15 10 15, (91 783 83 83).



Generales y Vida S. A. de Seguros y
Reaseguros, Sociedad Unipersonal
Sede social: Plaza de las Cortes, 8
28014 MADRID
N.I.F. A-30014831
Registro Mercantil de Madrid, hoja M97987
DGS y FP C-517 y G -051
T. 902.15.10.15

www.plusultra.es