

# Seguro Cajamar Accidentes Modular

## Condiciones Generales



# Seguro Cajamar Accidentes Modular

## Condiciones Generales

(CMA-9.17)

## Índice

Cláusula Informativa	2
Preliminar	4
Denominaciones	4
Objeto del seguro	4
Artículo 1º. Duración del seguro	8
Artículo 2º. Ámbito territorial	10
Artículo 3º. Personas no asegurables	10
Artículo 4º. Riesgos cubiertos	10
Artículo 5º. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas	28
Artículo 6º. Comunicaciones entre las partes	28
Artículo 7º. Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	30

## ► Cláusula Informativa

La presente información es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 122 y siguientes del RD 1060/2015 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora, en la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre, publicada en el B.O.E. el 17 de octubre y en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

## **Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.**

**Entidad Aseguradora:** CAJAMAR SEGUROS GENERALES SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante podrá ser identificada como CAJAMAR SEGUROS GENERALES), con domicilio social en Almería, Plaza de Juan del Águila Molina nº 5, 04006 Almería, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Almería, Tomo 1290, Libro 0, Folio 78, Hoja AL-31395 y CIF A04653556.

A todos los efectos de este Contrato, especialmente para la práctica de las comunicaciones y notificaciones que le sean hechas, el domicilio designado por Cajamar Seguros Generales es su Oficina Central sita en C/ Orense nº 2, 3ª planta, 28020, Madrid, España.

## **Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora.**

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

## **Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias.**

Cajamar Seguros Generales pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores. La reclamación deberá formalizarse por escrito, y en la misma deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

El escrito deberá dirigirse a la siguiente dirección:

Servicio de Atención al Cliente de Cajamar Seguros Generales  
Calle Orense, nº 2  
28020 Madrid  
[cajamarsegurosgenerales@cajamarsegurosgenerales.es](mailto:cajamarsegurosgenerales@cajamarsegurosgenerales.es)

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma **del Sistema Financiero** y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las **entidades financieras**.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de su página web o en sus oficinas, cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44  
28046- MADRID

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

## Legislación aplicable al Contrato de Seguro.

El Contrato de Seguro se regirá la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre), y en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por la normativa que la desarrolle, modifique o complemente, y por lo dispuesto en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, así como en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

## ▶ Preliminar

Toda mención que se efectúe en la Póliza a una denominación concreta remitirá ésta a la definición que se haga en el lugar oportuno de las presentes Condiciones Generales, significando siempre lo mismo.

## ▶ Denominaciones

En esta Póliza se entiende por:

**Accidente:** lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca la Hospitalización o Convalecencia, la Invalidez Permanente o el Fallecimiento del mismo. **No se consideran Accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, ni las consecuencias de influencias puramente psíquicas. Tampoco se consideran Accidentes aquellos supuestos que expresamente quedan excluidos de cobertura, de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**Asegurado:** Cada una de las personas físicas sobre cuya vida o integridad corporal se ha contratado el Seguro. Puede, si lo desea, sustituir al Tomador en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

**Beneficiario:** Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato en caso de siniestro.

**Siniestro:** Supuesto en que se produce un Accidente cubierto por la póliza, conforme a las Garantías específicamente relacionadas en las Condiciones Particulares de la misma.

## ▶ Objeto del seguro

### Accidentes cubiertos

La Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un Accidente cubierto por el Seguro.

Se cubren los Accidentes ocurridos en cualquier lugar y por cualquier causa, tanto durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas como durante cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional, con los límites y excepciones que figuran en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

En particular, se consideran Accidentes, a efectos del presente Seguro, las lesiones sufridas como consecuencia de las siguientes situaciones:

1. Los envenenamientos, **salvo los ocurridos por la ingestión de productos alimenticios en mal estado o por abuso de productos alcohólicos, estupefacientes o alucinógenos**, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos.
2. Por la caída del rayo, insolaciones y congelaciones, así como los efectos de una exposición prolongada al calor y al frío, a las que el Asegurado no haya podido sustraerse por causa de Accidente amparado por la póliza.
3. La asfixia por inmersión, aún realizando inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma, **hasta 20 metros de profundidad**.
4. La práctica de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos **si son motivados directamente por un Accidente cubierto por la póliza**, si se determina la existencia de responsabilidad civil o penal del facultativo que las haya practicado o prescrito y **siempre que dicha responsabilidad sea fijada por resolución judicial firme**.
5. Las agresiones, tumultos populares y los actos de legítima defensa **siempre que no sean provocados por el Asegurado o participe en ellos activamente**.
6. Los actos realizados por deber de solidaridad humana.
7. Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, **que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos**.
8. Las mordeduras de todo tipo de animales y picaduras de insectos.
9. Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, **salvo los citados en el punto 4 del siguiente apartado Accidentes no cubiertos, si no se ha abonado la correspondiente sobreprima**.
10. Las lesiones producidas ocupando o conduciendo motocicletas de cualquier cilindrada, **salvo si no se ha declarado y procedido a abonar la correspondiente sobreprima**.
11. Las lesiones que sufran los Asegurados menores de 14 años de edad a consecuencia de riñas y peleas.

12. Para los Asegurados menores de 14 años de edad, y en las prestaciones de Invalidez Permanente y Gastos de Sepelio, también se considerarán Accidentes las siguientes enfermedades: poliomielitis, difteria, escarlatina, sarampión, viruela, meningitis cerebroespinales, encefalitis y tétanos, siempre que la enfermedad se diagnostique después de 15 días de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. **Esta ampliación no tendrá aplicación en aquellos Seguros cuya cobertura no abarque las 24 horas del día.**

### Accidentes no cubiertos

Además de las exclusiones que figuran en las Condiciones Generales de cada una de las Garantías que ofrece este Seguro, quedan expresamente excluidas de la cobertura del mismo, de forma general, los accidentes y/o lesiones que se produzcan o sean consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Mala fe del Asegurado, autolesiones, suicidio o su tentativa.
2. Actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
3. Los Accidentes ocurridos en estado de embriaguez alcohólica (a partir de los niveles oficiales que en cada momento supongan la imposibilidad de conducir), intoxicación, enajenación mental, uso de drogas, así como por acciones delictivas propias.
4. Las lesiones como lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias y hernias de todas sus clases y consecuencias, aunque sean derivados de un accidente cubierto por la Póliza.
5. Los Accidentes debidos a hechos de guerra (haya o no declaración de guerra), terrorismo, insurrección, invasión, participación en tumultos populares, movimientos sísmicos, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de Paz, terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica caída de cuerpos siderales y aerolitos, influencias térmicas y atmosféricas, salvo las previstas en el punto 2. del anterior apartado Accidentes cubiertos.
6. La radiación nuclear y la contaminación radioactiva.
7. Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, salvo que deriven de accidente cubierto por la póliza.

8. Enfermedades de cualquier naturaleza, incluido el Infarto de Miocardio, el Accidente Cerebrovascular y cualquiera de las manifestaciones y consecuencias del S.I.D.A.
9. Los Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, aún cuando sus efectos pudieran manifestarse después.
10. Para las personas aquejadas de una miopía entre 8 y 12 dioptrías, quedan excluidos de cobertura los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina.
11. Los Accidentes de aviación sufridos por personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.
12. Los daños producidos por hechos o fenómenos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aún cuando dicha entidad no la admita por incumplimiento de las normas establecidas en su Reglamento y disposiciones vigentes en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como los daños calificados por el Gobierno de la nación como de “catástrofe o Calamidad Nacional”. La Compañía tampoco se hará cargo de las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, en razón de la aplicación de franquicias, detracciones o aplicación de reglas proporcionales u otras limitaciones aplicadas por dicha entidad.
13. Quedan asimismo excluidos de cobertura, salvo estipulación expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la sobreprima correspondiente, los accidentes derivados de los riesgos siguientes:

La práctica de escalada, espeleología, alpinismo, barranquismo, paracaidismo, ascensiones en globo, pilotaje de aeronaves, ala delta, parapente, puenting, rafting, hidrospeed, motonáutica, navegación, esquí acuático, surf y sus modalidades, inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad, polo, rugby, hockey, boxeo, lucha, artes marciales, caza mayor, lidias o encierros de reses bravas, bosleigh, hípica, doma, polo, conducción u ocupante de motocicletas, ciclomotores o bicicletas, así como la práctica de cualquier deporte realizada profesionalmente.

14. Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

## Prestaciones en caso de siniestro

Para cobrar cualquier prestación garantizada en caso de siniestro, es necesario haberla contratado previamente, que no figure excluida en las Condiciones Particulares de la póliza, y que el Tomador haya satisfecho el recibo de prima correspondiente.

En todo caso, y en función de las Garantías contratadas, para el cobro de las prestaciones garantizadas se estará a lo indicado en las siguientes normas:

1. **Un mismo Accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de Fallecimiento y para el caso de Invalidez Permanente.**

**Si tras el pago de la prestación por Invalidez Permanente, el Asegurado falleciera como consecuencia del mismo Accidente, se pagaría únicamente la diferencia si la prestación prevista para caso de Fallecimiento fuera superior a la ya satisfecha.**

2. **El derecho a las prestaciones por Invalidez Permanente y Hospitalización y Convalecencia, son de carácter personal, exigibles mientras viva el Asegurado, y por tanto, no transmisibles a herederos.**

## ► **Artículo 1º. Duración del seguro**

### Inicio de la cobertura

El contrato de Seguro queda formalizado mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza por el Tomador/Asegurado y por el representante de la Compañía. Si un Asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El efecto del Seguro, y por tanto, la cobertura, se inicia en la fecha y hora que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que ésta haya sido firmada por las partes y el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

### Duración del Seguro

El Seguro se contrata con una **duración anual** a contar desde la fecha de efecto indicada en Condiciones Particulares de la póliza, **salvo estipulación en contrario** en las mismas.

A la expiración de dicho plazo, o del estipulado en Condiciones Particulares, el contrato quedará **tácitamente prorrogado** por un año, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes, Tomador y/o Compañía, se opusiera a su prórroga mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte, con un mínimo de dos meses de antelación a la finalización de la anualidad o el periodo de Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador y de dos meses cuando sea el Asegurador.

**Si el Seguro se contrató inicialmente por un periodo inferior al año, no habrá lugar a prórroga, salvo pacto en contrario. La prórroga tácita operará del modo indicado, salvo estipulación en contrario en Condiciones Particulares, hasta que finalice la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad, causando éste entonces baja de la póliza automáticamente, y extinguiéndose el contrato, de no existir más Asegurados.**

La cobertura del Seguro finaliza, para cada Asegurado, en las siguientes circunstancias:

- 1. Por edad del Asegurado:** Al término de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla la edad señalada en las presentes Condiciones Generales para cada una de las Garantías contratadas.
- 2. Por fallecimiento del Asegurado.**
- 3. Por decisión unilateral de las partes:** Cuando el Tomador o la Compañía comuniquen su voluntad de darlo por terminado, antes de los 30 o 60 días de expiración de la anualidad en curso, respectivamente.
- 4. Después de un siniestro:** Mediante comunicación escrita durante el mes posterior a la liquidación de un siniestro, ambas partes podrán rescindir el contrato con efecto no inferior a dos meses desde la comunicación y con derecho al extorno de la parte de prima satisfecha correspondiente al tiempo no transcurrido hasta el vencimiento de la anualidad o periodo de Seguro en curso.
- 5. Por falta de pago de la prima:** En caso de que el Tomador deje de pagar una prima vencida, y la Compañía no la haya reclamado en el plazo de seis meses después del vencimiento de la misma, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- 6. Por nulidad de la póliza:** El Seguro será nulo si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

## ▶ **Artículo 2º. Ámbito territorial**

**El Asegurado estará cubierto por la póliza siempre que mantenga su residencia habitual o domicilio en territorio español.**

Se entiende que el Asegurado tiene su residencia habitual en territorio español si permanece en él más de 183 días dentro del año natural. Si el Asegurado traslada su residencia habitual al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad de Seguro correspondiente.

Para las Garantías de Fallecimiento e Invalidez Permanente, el Seguro ofrece cobertura en todo el mundo.

Para el resto de Garantías, el Asegurado únicamente estará cubierto en el territorio de la Unión Europea.

## ▶ **Artículo 3º. Personas no asegurables**

En ningún caso podrán estar aseguradas por el presente Seguro:

- Las personas aquejadas de ceguera, sordera completa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, y en general, las que sufran una enfermedad grave o padezcan una minusvalía.
- Las personas mayores de 60 años.
- Los menores de 14 años de edad y los incapacitados en el riesgo de Fallecimiento, excepto para la cobertura de los gastos de sepelio e invalidez permanente.

## ▶ **Artículo 4º. Riesgos cubiertos**

### **Fallecimiento por accidente**

#### **Definición de la cobertura**

**Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha en que se produce un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado fallece a consecuencia directa del mismo, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital de Fallecimiento y la renta mensual que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.**

Puede sustituirse la cobertura de la presente Garantía, **para los Asegurados menores de 23 años sin actividad laboral, por los Gastos de Sepelio**, por el importe establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### **Exclusiones**

Además del fallecimiento como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), queda expresamente excluido de esta Garantía el fallecimiento derivado de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

No está cubierto el fallecimiento producido a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni el fallecimiento que tenga lugar una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

### **Duración de la cobertura**

La cobertura de Fallecimiento por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Para los Asegurados menores de 23 años sin actividad laboral, la cobertura de Gastos de Sepelio concluirá al final de la anualidad de Seguro en que cumpla 23 años de edad, o en la fecha en que inicie el desempeño de una actividad laboral remunerada, si es anterior.

### **Beneficiarios de la prestación**

Serán Beneficiarios las personas expresamente designadas por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza. A falta de designación expresa, serán Beneficiarios, en relación al Asegurado, exclusivamente y por este orden:

- 1º, Su cónyuge,
- 2º, Sus hijos,
- 3º, Sus padres,
- 4º, Sus herederos legales.

En los últimos tres casos, se entenderá que lo son por partes iguales.

La existencia de uno o más Beneficiarios en una categoría excluye a las categorías siguientes.

En caso de fallecimiento del beneficiario, perceptor de una prestación en forma de renta, la Compañía seguirá pagando la misma, hasta su total extinción, a los herederos legales del beneficiario fallecido.

### **Servicio de gestión y asesoramiento a los Beneficiarios**

En caso de Fallecimiento del Asegurado, la Compañía garantiza la prestación de un Servicio de Gestión y asesoramiento personalizado a los Beneficiarios, en el domicilio que estos indiquen, en orden a la tramitación de cuantos documentos y actuaciones deban realizarse con ocasión del fallecimiento del Asegurado.

Para solicitar el servicio, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Compañía e informar del siniestro ocurrido, indicando el domicilio donde desea le sea prestado el Servicio.

El Servicio incluye la atención personalizada a los Beneficiarios, la tramitación de documentos ante organismos oficiales, así como la recopilación y tramitación de la documentación necesaria para el cobro del Capital de Fallecimiento.

### **Documentación a aportar para cobrar la prestación**

Los Beneficiarios designados o, en su defecto, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Fallecimiento por Accidente, en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado y firmado por el/los Beneficiario/s.
- b) Certificado o informe del médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, donde se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento, así como los antecedentes médicos del Asegurado.
- c) Certificado de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil, así como certificación de la inscripción del nacimiento del mismo.
- d) Copia de atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- e) Documentación que acredite la condición e identidad de los Beneficiarios: Libro de Familia, D.N.I.
- f) Certificado del registro de actos de últimas voluntades.
- g) En su caso, copia del último testamento otorgado o declaración legal de herederos Ab Intestato, si los Beneficiarios resultan ser “los herederos legales”.
- h) Carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

## Invalidez permanente por accidente

### Definición de la cobertura

Se entiende por Invalidez Permanente, a los efectos de esta Garantía, la situación de limitación anatómica o funcional permanente e irreversible del Asegurado sobrevenida a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza. La situación de Invalidez Permanente del Asegurado será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico, y siempre que las constantes vitales no sean mantenidas artificialmente.

Siempre y cuando el Asegurado haya seguido el tratamiento médico previsto para su curación y rehabilitación, en el supuesto de que transcurran 5 años desde la fecha del Accidente sin que la invalidez que sufra el Asegurado pueda calificarse de estable y definitiva, la Compañía pagará la indemnización de acuerdo con el grado de invalidez que tenga el Asegurado en el momento de cumplirse dicho plazo, al margen de la posibilidad de reversibilidad o agravación, y el pago en cuestión tendrá el carácter de total y definitivo, sean cuales fueren las consecuencias previstas o imprevistas de la invalidez valorada.

La Compañía pagará el capital indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, más el importe de la renta devengada desde la fecha del siniestro hasta el momento del pago del capital.

Los pagos sucesivos en forma de renta se harán efectivos al inicio de cada mes, desde el subsiguiente al del pago del capital, y hasta la total extinción de la renta asegurada.

**Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda afectado de una Invalidez Permanente, a consecuencia directa de un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía abonará la prestación que, de acuerdo con los siguientes artículos, corresponda a su grado de Invalidez.**

**A cada situación de limitación física permanente le corresponde un grado de invalidez, de acuerdo con el baremo. Asimismo, a cada grado de invalidez le corresponde un porcentaje determinado de prestación, pagadera en forma de capital y en forma de renta mensual, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**El grado de invalidez a efectos del presente Seguro no guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social.**

## **Determinación del “grado de invalidez” para esta Garantía**

La determinación del grado de invalidez se ajustará a las reglas siguientes:

- a) La inutilización absoluta del uso de un miembro u órgano se entenderá, a los efectos de esta garantía, equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo, salvo los supuestos de pérdida funcional previstos ya específicamente en el baremo del apartado siguiente.
- b) Los grados de invalidez se expresan en porcentajes y son los que se indican en el siguiente baremo:

<b>Situación</b>	<b>Grado de Invalidez</b>	
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100%	
Enajenación mental absoluta e incurable que impide cualquier trabajo:	100%	
Parálisis completa	100%	
Ceguera Absoluta	100%	
Pérdida completa de la visión de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	
Pérdida completa de la voz	30%	
Sordera completa de ambos oídos	60%	
Sordera completa de un oído	15%	
Pérdida del bazo	14%	
Pérdida del riñón	24%	
Pérdida de un pulmón	30%	
	<b>Derecho</b>	<b>Izquierdo</b>
Amputación del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida absoluta del movimiento del hombro	20%	20%

Situación	Grado de Invalidez	
	Derecho	Izquierdo
Pérdida absoluta del movimiento de la muñeca	20%	15%
Amputación o inutilización completa de todos los dedos de la mano	60%	50%
Amputación o inutilización completa del dedo pulgar de la mano	22%	18%
Amputación o inutilización completa del dedo índice de la mano	15%	12%
Amputación o inutilización completa de uno de los demás dedos de la mano	8%	6%
Amputación de la pierna a la altura o por encima de la rodilla	50%	
Amputación de la pierna por debajo de la rodilla	40%	
Pérdida absoluta del movimiento de una cadera	15%	
Pérdida absoluta del movimiento de una rodilla	15%	
Pérdida absoluta del movimiento de un tobillo	15%	
Acortamiento, de 5 o más centímetros, de una pierna	15%	
Amputación o inutilización del dedo gordo de un pie	8%	
Amputación o inutilización de los demás dedos de un pie	3%	

- c) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o de su uso es sólo parcial, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.
- d) Si el Asegurado es zurdo, circunstancia que deberá acreditarse al contratar el Seguro, los grados de invalidez previstos en el apartado b) anterior para el miembro superior derecho se aplicarán a miembro superior izquierdo y viceversa.
- e) **Para las lesiones no previstas en el apartado b) anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía, en función de su gravedad, a los grados de invalidez asignados a las situaciones previstas, según informe médico de un especialista en valoración del daño corporal.**

- f) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional del Asegurado.
- g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo Accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, **sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100 %**. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional no puede ser valorada aplicando el baremo del apartado b) de este artículo más que una sola vez.
- h) **Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza.**

**Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del Accidente.**

A partir del informe médico presentado por el Asegurado, en donde se detallen las limitaciones anatómicas o funcionales consideradas como permanentes e indemnizables, producidas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza y no excluidas, la Compañía notificará por escrito al Asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por la garantía de Invalidez Permanente le corresponda.

**No obstante, el Asegurado, a requerimiento de la Compañía, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes que sufra. En cualquier caso, en el plazo máximo de 15 días desde la práctica de dicha visita o reconocimiento médico, la Compañía deberá realizar la notificación indicada en el párrafo anterior.**

Si el Asegurado no aceptase el ofrecimiento o la proposición realizada por la Compañía, ésta y el Asegurado se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

### **Duración de la cobertura**

**La cobertura de Invalidez Permanente por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.**

**En el caso de que el Asegurado sea menor de 23 años y sin actividad laboral, la cobertura de esta Garantía concluirá al final de la anualidad de seguro en que cumpla 23 años, o en la fecha en que inicie el desempeño de una actividad laboral remunerada, si es anterior. La prestación de esta garantía se extinguirá en el momento en que el beneficiario se recupere de su Invalidez.**

En caso de fallecimiento del Beneficiario, perceptor de una prestación en forma de renta por Invalidez Permanente por Accidente, la Compañía pagará a los herederos legales del mismo, y para el periodo de tiempo que restara hasta la duración máxima prevista en las Condiciones Particulares, el importe de renta mensual contratado para la Garantía de Fallecimiento por Accidente.

### Exclusiones

Además de la Invalidez Permanente como consecuencia de los Accidentes no cubiertos (apartado Objeto del Seguro), queda expresamente excluida de esta garantía la Invalidez Permanente derivada de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo se cubren cuando sean consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso provocadas por un Accidente cubierto por la póliza.

Igualmente, las hernias de cualquier tipo y naturaleza quedarán cubiertas siempre que se establezca relación directa con un Accidente garantizado. Si la hernia no es operable, la misma no podrá ser considerada con un grado de Invalidez Permanente superior al 15 %.

No está cubierta la Invalidez Permanente que resulte a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni la que afecte al Asegurado una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

### Documentación a aportar para cobrar la prestación

El Beneficiario, o personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes - Invalidez Permanente, según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
  - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
  - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.

- Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.

- c) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.
- d) Si el beneficiario fuera distinto del Tomador, deberá acreditar su personalidad, y aportar carta de pago o, en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.

## **Hospitalización y convalencia por accidente**

### **Definición de la cobertura**

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, **el Asegurado deba ser hospitalizado en un centro sanitario, la Compañía satisfará, en forma de Capital, la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**Asimismo, en caso de convalencia domiciliaria o en centro especializado, por prescripción médica, inmediatamente posterior a la salida del centro sanitario donde ha estado hospitalizado, la Compañía satisfará, en forma de capital, otra indemnización diaria por importe igual a la mitad de la indemnización diaria percibida durante el período de hospitalización.**

La indemnización máxima por asegurado y siniestro quedará establecida en las Condiciones Particulares de la póliza. Todas estas prestaciones son compatibles con cualquier otra, y garantizan el pago en metálico de la indemnización diaria establecida.

### **Inicio del derecho a percibir la indemnización por Hospitalización**

El derecho a la indemnización diaria se iniciará a partir del primer día de internamiento hospitalario, **siempre que dicho internamiento supere las 24 horas**, y terminará en la fecha en que el Asegurado cause alta en el establecimiento asistencial.

El importe de la indemnización diaria por la garantía de hospitalización será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

En todo caso, el importe total de la indemnización por hospitalización y, en su caso, convalencia, a percibir por Asegurado y siniestro, no podrá exceder del límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Los internamientos inferiores a 24 horas no darán derecho al cobro de la indemnización, en ningún caso.**

El Asegurado deberá acreditar su ingreso e internamiento en centro sanitario a través de informe médico.

**La Compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.**

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía podrá, a petición del Asegurado, realizar pagos a cuenta a partir del decimoquinto día desde el inicio del periodo con derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

El traslado del Asegurado a otro centro hospitalario o a un centro especializado, bien por considerarse su situación no mejorable desde el punto de vista médico, o bien para iniciar de manera programada su recuperación o rehabilitación, supondrá el final del periodo indemnizatorio por hospitalización.

### **Inicio del derecho a percibir la indemnización por Convalecencia Domiciliaria o en centro especializado**

Se entenderá por Convalecencia Domiciliaria el período inmediatamente posterior al de hospitalización, una vez finalizada la fase aguda de la afección, enfermedad o traumatismo que afecta al paciente, que por prescripción médica obliga a éste a permanecer en su domicilio o en un centro especializado hasta su total recuperación o retorno al estado físico, psíquico y socio profesional más próximo posible al anterior.

Finalizado el período de hospitalización, si el Asegurado debiera proseguir, por prescripción médica, la convalecencia en su domicilio o en un centro especializado, la Compañía pagará **el 50% de la indemnización diaria pactada para el caso de hospitalización y mientras dure tal situación.**

El importe total de la indemnización por hospitalización y convalecencia a percibir por Asegurado y siniestro, no podrá exceder del límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Es condición necesaria para el inicio del período de convalecencia indemnizable la existencia de un período previo de hospitalización indemnizable.

El derecho a percibir la indemnización por convalecencia, no se encuentra vinculado en modo alguno a la existencia de partes por baja laboral.

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía, a petición del Asegurado, realizará pagos a cuenta a partir del decimoquinto día de iniciado el periodo de derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

### **Exclusiones**

Además de las hospitalizaciones como consecuencia de los Accidentes no cubiertos del apartado Objeto del Seguro, no tendrán carácter indemnizatorio los internamientos en centros sanitarios como consecuencia de: **epidemias, embriaguez, toxicomanías, enfermedades mentales y nerviosas, curas de adelgazamiento, tratamientos de belleza y aquellos motivados por fines estéticos.**

### **Extinción de la cobertura de esta Garantía**

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que aquél cumpla los 70 años.

Finalizará la Hospitalización en la fecha de expedición del correspondiente parte de alta, por prescripción médica del Centro Hospitalario o Centro Especializado en que se hallara el Asegurado.

### **Documentación a aportar para cobrar la prestación**

Los Beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes - Hospitalización y Convalecencia según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.

- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
- Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
  - Nombre y dirección del Centro hospitalario donde ha sido ingresado el Asegurado.
  - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
  - Fecha de hospitalización o ingreso del Asegurado en el centro sanitario.
  - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
  - En caso de que se prevean secuelas permanentes, descripción y fecha probable de estabilización de las mismas.
- c) Deberá incluirse el informe médico correspondiente, incluyendo el diagnóstico, las pruebas de diagnóstico complementarias realizadas que lo justifiquen y el tratamiento indicado.
- d) Parte de alta médica del centro hospitalario y, en su caso, documento acreditativo firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración del internamiento, incluyendo el día y hora del alta del Asegurado. En caso de convalecencia por prescripción médica, días previstos de la misma.
- e) En su caso, informe médico indicando la fecha de finalización del periodo de convalecencia.
- f) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.

## **Asistencia personal por accidente**

### **Definición de la cobertura**

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado debiera permanecer un mínimo de 24 horas hospitalizado, se garantizarán, en las condiciones y con los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza, las coberturas siguientes:

### **1. Gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo.**

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido en población distinta a la de su domicilio, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte o repatriación hasta el lugar de inhumación, así como de los gastos de acondicionamiento del cadáver imprescindibles para su transporte, hasta la cantidad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el caso de que los familiares que acompañaban al Asegurado en el momento de su defunción no pudieran regresar a su domicilio por los medios inicialmente previstos, o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o a su domicilio.

Si los familiares a los que se refiere el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años, o familiares mayores de 70 años del Asegurado fallecido, y precisaran la asistencia de un familiar o persona de confianza que les acompañe en el viaje de regreso, la Compañía se hará cargo de los gastos de desplazamiento de esa persona al lugar del accidente, y su regreso con los familiares del Asegurado hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio. Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

### **2. Gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado.**

La Compañía cubrirá los gastos de estancia en el hospital de un acompañante del Asegurado accidentado, siempre que el período de hospitalización supere las 24 horas y previa justificación del desembolso efectuado. En caso de que al acompañante no le fuera permitida la estancia en el hospital, se pagarán los gastos de alojamiento de éste en un hotel, siempre y cuando el accidente haya ocurrido en población distinta a la del domicilio del Asegurado y no sea posible su traslado. Los gastos de estancia se cubren desde el primer día, siendo los importes máximos por siniestro los previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

### **3. Gastos de salvamento del Asegurado accidentado.**

La Compañía cubrirá los gastos que deba soportar el Asegurado por las operaciones de salvamento o de búsqueda que se lleven a cabo a consecuencia del Accidente, hasta la cantidad máxima por siniestro prevista en las Condiciones Particulares. Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

### **4. Servicio de Personal de Limpieza a domicilio.**

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período, por un Accidente cubierto por la

póliza, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Personal de Limpieza para atender las necesidades de limpieza y orden en el domicilio habitual del Asegurado, durante 3 horas diarias, con un máximo de 8 días, y hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

## **5. Servicio de Profesionales Sanitarios a domicilio**

Si tras la hospitalización del Asegurado un mínimo de 24 horas, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar los servicios de un Profesional Sanitario (enfermera) que asista al Asegurado en su domicilio habitual, hasta un máximo de 8 horas diarias, durante un período de tiempo no superior a los 8 días, y por el importe máximo previsto en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

## **6. Servicio de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendientes mayores de 70 años con dependencia del Asegurado para actos de la vida cotidiana.**

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas, o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período por un Accidente cubierto por la póliza, y cuando por razón de la hospitalización o convalecencia quedaran desatendidos sus hijos menores de 10 años y/o minusválidos, o ascendientes mayores de 70 años que dependan del Asegurado para los actos de la vida cotidiana, la Compañía se hará cargo de facilitar el servicio una persona especializada que atienda a los mismos durante 5 horas diarias, con un máximo de 8 días, hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

## **7. Servicio de Farmacia de Guardia**

Si tras la hospitalización del Asegurado, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio nocturno (de 20 h a 8 h) de búsqueda y entrega urgente en el domicilio de Asegurado de las medicinas necesarias prescritas con receta médica.

La Compañía asumirá únicamente el coste del envío, siendo el coste de los medicamentos a cargo del Asegurado. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**

#### **8. Gastos de Asistencia Veterinaria en caso de Accidente del Animal Doméstico del asegurado**

En caso de Accidente de animal doméstico, únicamente perros y gatos, del Asegurado, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Asistencia Veterinaria necesario para la curación del animal, con el límite previsto en las Condiciones Particulares. Para esta cobertura no se exigirá hospitalización del Asegurado. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

#### **9. Servicio de Asesoramiento Jurídico**

El Asegurado dispone de un Servicio de Asesoramiento Jurídico sobre cualquier asunto relacionado con el Derecho de Sucesiones y su relación con el seguro de Accidentes: el testamento, la herencia, las cláusulas beneficiarias, etc. Esta cobertura se prestará únicamente dentro del territorio español.

El Asegurado deberá solicitar el servicio llamando al **teléfono al 91.594.96.02**.

#### **Exclusiones**

Además de los Accidentes sufridos por el Asegurado como consecuencia de los Accidentes no cubiertos del apartado Objeto del Seguro, esta Garantía no cubre en ningún caso:

- Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a la Compañía, y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo.
- Cualquier enfermedad, salvo en el caso de que sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización.
- Los gastos de medicina preventiva.

## Extinción de la cobertura

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

## Documentación a aportar para cobrar la prestación

Los beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en percibir la prestación, deberán presentar la documentación siguiente:

### **1. Para el reembolso de gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo:**

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado el Beneficiario.
- b) Certificado o informe médico del facultativo que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento.
- c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y/o familiares.
- e) Factura normalizada correspondiente a los gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y/o de los familiares del mismo.

### **2. Para el reembolso de gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado:**

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico sobre la situación del Asegurado detallando:
  - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado.
  - Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
  - Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
  - Fecha de hospitalización del Asegurado.

- Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.
- d) Factura normalizada del centro sanitario relativa a los gastos de estancia del acompañante, o, en su caso, factura del hotel donde se haya alojado, y Documento Nacional de Identidad del mismo.

### **3. Para el reembolso de gastos de salvamento del Asegurado accidentado:**

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Certificado o informe médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del accidente.
- c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- e) Facturas originales normalizadas correspondiente a los gastos de salvamento.

### **4. Para los Servicios de Personal de Limpieza, Profesionales Sanitarios y de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendentes mayores de 70 años:**

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
  - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado el Asegurado.
  - Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.

- Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
  - Fecha de hospitalización del Asegurado.
  - Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.
- d) En su caso, fotocopia del Libro de Familia, y DNI del ascendiente mayor de 70 años que conviva con el Asegurado.

#### **5. Para el Servicio de Asistencia Veterinaria por Accidente de animal doméstico:**

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes – Asistencia Personal según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Veterinario en que se detalle la situación del animal doméstico, detallando:
- Nombre, apellidos, domicilio, y número de colegiado del veterinario que asiste al animal.
  - Tipo de animal y raza del mismo.
  - Descripción del Accidente, indicando la fecha y las causas del mismo.
  - Lesiones sufridas por el animal a consecuencia del accidente
  - Acreditación de la propiedad del animal doméstico mediante cartilla de vacunación/ identificación.

## ▶ **Artículo 5º. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas**

### **5.1. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas**

El Tomador puede contratar, opcionalmente, un sistema de revalorización automática del importe de las prestaciones garantizadas. Esta opción deberá indicarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

El importe de las prestaciones garantizadas y límites de cobertura indicados será el que corresponda a la anualidad de Seguro en que se haya producido el accidente cubierto por la póliza.

### **5.2. Determinación anual de la prima**

A cada vencimiento, al margen del aumento de prima que suponga la revalorización automática de sumas aseguradas contratada en Póliza, se determinará la prima de renovación de acuerdo con la tarifa que figure en la vigente Nota Técnica del ramo, sujeta al control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y fundamentada en cálculos técnicos-actuariales realizados por especialistas de la Compañía. Las primas se pueden modificar en base a las actualizaciones de los costes de las indemnizaciones y de los servicios prestados, y los costes generales de explotación de la entidad.

Estas modificaciones de primas se realizan para garantizar la suficiencia de la tarifa y permitir a la Compañía satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas, de acuerdo con lo dispuesto en el régimen jurídico de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

## ▶ **Artículo 6º. Comunicaciones entre las partes**

### **COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES ENTRE LAS PARTES**

#### **1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato.**

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se registrarán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o

al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

## **2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones.**

El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

## **3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes.**

Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono

móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

#### **4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros**

Las comunicaciones que Tomador y/o Asegurado efectúe a la Aseguradora, pueden realizarlas a través de cualquier oficina de Cajamar o por escrito a la dirección de las oficinas centrales de Cajamar Seguros Generales sitas en Madrid, calle Orense 2.

Las comunicaciones que el Asegurador tenga que hacerle al Tomador y/o Asegurado, se realizarán en el domicilio, número de teléfono móvil o dirección de correo electrónico del Tomador indicado en la póliza.

### **► Artículo 7º. Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros**

#### **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, 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 o 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, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso 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, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- 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.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

### **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.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

### **3. Extensión de la cobertura**

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

## COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
  - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

<b>CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN</b>	
<b>COBERTURAS</b>	Límite de indemnización para cada cobertura Suma Asegurada
<b>Garantía Primera: Fallecimiento por Accidente</b>	
<i>Indemnización inicial</i>	Según opción elegida por el Tomador, recogida en Condiciones Particulares. Renta mensual durante 5 años renta inicial según Condiciones Particulares, creciente al 3% anual.
<b>Garantía Segunda: Invalidez Permanente Total y Parcial por Accidente</b>	
<i>Indemnización inicial</i>	Según opción elegida por el Tomador, recogida en Condiciones Particulares.
<i>Renta mensual durante 5 años</i>	Según se recoge en Condiciones Particulares, creciente al 3% anual.
<b>Garantía Tercera: Hospitalización y Convalecencia por Accidente</b>	Indemnización máxima: 1.500
<i>Subsidio diario por Hospitalización</i>	Según opción elegida por el Tomador, recogida en Condiciones Particulares.
<i>Subsidio diario por Convalecencia</i>	Según opción elegida por el Tomador, recogida en Condiciones Particulares.
<b>Garantía Cuarta: Asistencia Personal</b>	Incluida

**CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS  
Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN**

<b>COBERTURAS PARA ASEGURADOS SIN ACTIVIDAD LABORAL MENORES DE 23 AÑOS</b>	Límite de indemnización para cada cobertura Suma Asegurada
<b>Garantía Primera: Gastos de Sepelio</b>	3.000
<b>Garantía Segunda: Invalidez Permanente Total y Parcial por Accidente</b>	
<i>Indemnización inicial</i>	Según opción elegida por el Tomador, recogida en Condiciones Particulares.
<i>Renta mensual durante 10 años</i>	Según se recoge en Condiciones Particulares, creciente al 3% anual.



