Accidentes

Condiciones de su
Contrato de Seguro

Allianz Seguros

Allianz Accidentes Colectivo

www.allianz.es

PROYECTO

Tomador de la Póliza

USPAC- UNION SINDICAL DE LA POLICIA AUTONOMIC

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

JORDI RIBAL PRIOR

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

Contigo de la A a la Z

Allianz

SUMARIO

CAPÍTULO I
Datos identificativos 3
CAPÍTULO II
Objeto y alcance del Seguro 6
CAPÍTULO III
Siniestros 14
CAPÍTULO IV
Administración de la póliza 16
CAPÍTULO V
Cuestiones fundamentales de carácter general 17

MODELO

LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral, salvo indicación expresa en póliza.

Idéntica condición operará en el caso de que el contrato se formalice con el fin de cubrir a un colectivo de trabajadores, aún en el caso de que se garanticen mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social.

A este respecto, la presente póliza es ajena e independiente a cualquier otra que el Tomador del Seguro estuviera obligado a suscribir como consecuencia del Convenio de Empresa.

Por todo lo anterior, tendrá la consideración de 'Accidente' cubierto por la póliza, únicamente aquel hecho que reúna los requisitos indicados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en desarrollo de la Ley de Contrato de Seguro. No será de aplicación la declaración de accidente emitida por cualquier otro organismo fuera del ámbito civil o mercantil.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Accidentes Colectivo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro
USPAC- UNION SINDICAL DE LA POLICIA AUTONOMIC
CL APDO CORREOS, 13
25008 LLEIDA

Proyecto y duración
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/01/2015 hasta las 24 horas del 31/12/2015.

Mediador
JORDI RIBAL PRIOR 588 0017250
Agente de Seguros Vinculado. Nº DGS AF0048
CL LA SARDANA 50 2 - A
25110 ALPICAT

Asegurador
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio social en Tarragona, 109. 08014 Barcelona.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción Riesgo Global
Número total de asegurados del colectivo:
Número de Grupos: **1**

Descripción Grupo Número 1
Número de asegurados:
Categoria del riesgo: **Cuerpos de Seguridad del Estado y CC.AA. .**
Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad : **Miembros del sindicato USPAC (Unio Sindical de la Policia Autonomica de Catalunya) .**
Deportes de Riesgo: **Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de los accidentes ocasionados al asegurado como consecuencia de la práctica de los deportes indicados más abajo, en calidad de aficionado y sin ningún tipo de renumeración.**
No obstante,no quedarán cubiertos si se realizan sin el correspondiente título oficial cuando éste sea requerido para la práctica del mismo.
Deportes: Artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos, esquí de nieve.

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	6.000,00 Euros		75
Incapacidad permanente según baremo por accidente	6.000,00 Euros		75
Indemnización diaria por invalidez temporal por accidente	40,00 Euros	3 Días	70
Muerte por infarto de miocardio	6.000,00 Euros		70
Orfandad	6.000,00 Euros		75

Original para el Tomador del Seguro

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por agresión	6.000,00 Euros		75
Gastos de sepelio por accidente en España	1.500,00 Euros		75
Gastos de sepelio por accidente en el extranjero	3.000,00 Euros		75
Asistencia en viaje básica	Incluida		75

Cláusulas

1. Preexistencias
   PREEXISTENCIAS:
   SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE MINUSVALÍA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ENTRADA EN VIGOR PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACIÓN A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS.
   POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O MINUSVALÍAS PREEXISTENTES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS.

2. COBERTURA: CONDICIONES ESPECIALES.
   Para las garantías de muerte e incapacidad permanente según baremo, se garantizan única y exclusivamente los accidentes sufridos durante la vida privada, quedando excluido el riesgo laboral e in itinere.
   .
   La prestación de Incapacidad Temporal se abonará exclusivamente por accidente no laboral y enfermedad común, de acuerdo con lo indicado a continuacion:
   .
   - Baja del 1º dia hasta el 3º dia: El Asegurado percibira un capital de 40 euros al dia, siempre que, al menos haya estado cuatro días consecutivos de baja laboral.
   .
   - Baja del 4º día hasta el 20º día: El asegurado percibirá un capital de 21 euros al dia.
   .
   El número máximo de días de baja a indemnizar por un mismo siniestro es de
   20, y se fija un máximo de 40 días de indemnización por asegurado y año.

   Se requerirá siempre el parte oficial de baja laboral para poder tramitar
   y abonar el oportuno siniestro.
   .
   QUEDAN EXCLUIDOS DE LAS COBERTURAS DE LA POLIZA LOS RIESGOS DETALLADOS A CONTINUACION:
   - Cualquier contingencia cubierta al 100 % por parte de la Administracion.
   .
   - Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias
   o vértigos, es decir, sin otros sintomas objectivos medicamente comprobables mediante pruebas diagnosticas complementarias.
   .
   - La depresión, el estrés, las enfermedades psicosomáticas y cualquier forma de transtorno mental.
   .

Original para el Tomador del Seguro

- Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza, así como las derivadas del consumo de estupefacientes, drogas tóxicas y alcohol.

.

- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto.

.

- Tratamientos odontológicos (empastes, endodoncias, extracciones, etc.)

.

- Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.

.

- Tratamientos para adelgazar, curas de sueño, estéticos y tratamientos voluntarios en general.

.

- Tratamientos psiquiátricos, y psicológicos.

.

- El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV.

.

- Epidemias oficialmente declaradas.

3. Aclaracion clausula Preexistencias
PREEXISTENCIAS:
SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O MINUSVALIAS PREEXISTENTES, TANTO FISICAS COMO PSIQUICAS.

AHORA BIEN, SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE MINUSVALIA, PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACION A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO PORLA POLIZA, SERA LA QUE CORRESPONDERIA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS

Identificación del Colectivo Asegurado

La relación de personas aseguradas está disponible en: miembros del sindicato USPAC (Unio Sindical de la Policia Autonomica de Catalunya)

Servicios para el Asegurado

Para realizar de **manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos,** el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador **JORDI RIBAL PRIOR** teléfono **000000000**

También a través de su e-mail

Para consultas y cuestiones administrativas

El **Centro de Atención Telefónica** de Allianz **902 300 186**

Tambien a través de su web **www.allianz.es**

Asistencia en viaje

Su prestación debe solicitarse al teléfono **902 108 784**

Si es desde el extranjero debe solicitarse al teléfono..... **3491 325 52 76**

Primas

Ref. :

Período: **de 01/01/2015 a 31/12/2015**
Periodicidad del pago: **Anual**

Prima Neta
IPS (6%)
Recargos
Consorcio
Total Recibo

Original para el Tomador del Seguro

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza.

Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el punto 9 del apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

a) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares.

b) Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.

c) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.

d) Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncopes, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.

e) En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas.
Si el Asegurado fija su residencia en el extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1 - Tomador del Seguro: la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.

2 - Asegurado: cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

3 - Asegurador: ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

4 - Coaseguradores: Los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.

5 - Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.

Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado.

En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

6 - Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

7 - Franquicia deducible: es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.

8 - Carencia: el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

9 - Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

10 - Siniestro: todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera 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.

11 - Suma Asegurada: el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro.
Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.

12 - Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

13 - Hora de Inicio y Fin de las coberturas: la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

14 - Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación en contra expresada en la póliza, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un

Original para el Tomador del Seguro

máximo de 28.500.000 euros por siniestro.

Artº. 2º. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales y Particulares, con las limitaciones asimismo indicadas en las mismas.

Artº. 3º. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I.

(Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

3º. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios .

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

3º. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida olimitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico.
El grado de incapacidad no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante. **El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo.**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL
Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores 100 %
Estado vegetativo persistente 100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje) 40%
Amnesia completa de fijación 40%
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado 20%

SISTEMA OSEO
Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia 15 %
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia 4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional 30%

SISTEMA OLFATORIO
Pérdida parcial de la nariz 10%
Pérdida total de la nariz 25%
Pérdida del olfato (Anosmia) 5%

BOCA
Pérdida de todos los dientes superior e inferior 10%
Amputación total de la lengua 30%
Pérdida del gusto (Ageusia) 5%
Ablación maxilar inferior 25%.

OIDO
Pérdida de una oreja 10%.
Pérdida de las dos orejas 25%.
Sordera total de un oído 15%
Sordera total de los dos oídos 50%

OCULAR
Ceguera de un ojo 30%
Ceguera de los dos ojos 100%

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL
a) Pérdida completa de movilidad de columna 60%
b) Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 25%
c) Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 30%.

COSTILLAS
Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales 10%

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
Traqueotomizado con cánula 30%.

PULMON
Pérdida de un pulmón 25%.

RIÑON
Pérdida de un riñón 25%.
Pérdida de los dos riñones 70%.

BAZO
Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica 20%
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica 10%

APARATO GENITAL FEMENINO
Pérdida de las glándulas mamarias 25%
Pérdida de los ovarios 35%
Pérdida del útero 35%.
Deformación genitales externos femeninos:
- con alteración funcional 40%.
- sin alteración funcional 25%

APARATO GENITAL MASCULINO
Desestructuración del Pene:
- con alteración funcional 40%.

Original para el Tomador del Seguro

- sin alteración funcional 25%.
Pérdida de los testículos 35%

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo	15%	10%
Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:		
- A nivel del brazo	25%	20%
- A nivel del antebrazo-muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio	25%	25%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D) EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies 100%
Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior 100%
Amputación a nivel de la cadera 70%
Amputación por encima de la rodilla 60%
Amputación por debajo de la rodilla 45%
Amputación primer dedo 10%
Amputación de otro dedo 3%
Pérdida total de los movimientos de la cadera:
En posición funcional 30%
En posición desfavorable 40%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla:
En posición funcional 20%
En posición desfavorable 30%
Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:
Anquilosis articulación tibio tarsiana:
En posición funcional 10%
En posición desfavorable 20%
Anquilosís subastragalina 5%
Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez 30%
Extirpación de la rótula (Patelectomía):
Total 15%
Parcial 10%
Deformidades postraumáticas del pie 10%
Acortamientos:
- Hasta 1,5 cm. 2%
- de 1,5 cm. a 3 cm. 5%
- de 3 cm. a 6 cm. 10%
- más de 6 cm. 15%
Parálisis completa del nervio ciático 60%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo externo 25%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo interno 15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.
c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

Defectos físicos existentes antes del accidente:

a) La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
b) La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

3º. 3. INDEMNIZACION DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORAL, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Temporal, la lesión que imposibilite transitoriamente al Asegurado para el desempeño de su actividad laboral o profesional, descrita en las Condiciones Particulares.

En caso de determinarse la Invalidez Temporal del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el Asegurador abonará una indemnización diaria durante el **plazo máximo de duración de la póliza establecido en Condiciones Particulares y en cualquier caso, con el límite de 365 días**, una vez aplicada la franquicia, desde el inicio de la prestación.

La indemnización diaria comenzará a devengarse a partir del día en que se inicie la imposibilidad del Asegurado para desarrollar sus actividades, siempre acreditado mediante certificación médica.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado, y se abona con independencia de estas coberturas.

Esta garantía finalizará automáticamente al cumplir la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

Esta cobertura es válida exclusivamente para los accidentes ocurridos en España.

PRODUCTO

3º. 4. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Si a consecuencia de un infarto de miocardio, ocurrido dentro del ámbito y actividades cubiertas por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios .

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de Incapacidad Permanente como consecuencia del infarto que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta fuera superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

3º. 5. ORFANDAD

Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho -inscrita oficialmente como tal-, y existieran hijos menores de edad no emancipados o afectados de Incapacidad Absoluta para todo trabajo, **el Asegurador abonará a dichos hijos -con independencia de la designación de beneficiarios que figure en póliza**- un capital adicional señalado en póliza, para el conjunto de sus hijos y en concepto de **ORFANDAD.**
Este mismo capital se abonará en caso de que el fallecido, titular del seguro, fuera el único progenitor con vida.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

3º. 6. MUERTE POR AGRESIÓN

Si se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de sufrir un atraco, secuestro, o cualquier otro tipo de agresión por parte de terceros, la indemnización por la cobertura de MUERTE se incrementará en un capital adicional fijado en póliza, **salvo que la agresión se produjera en alguna de las situaciones que se señalan en el artículo 4°(RIESGOS EXCLUIDOS).**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capitulo I de estas condiciones.

3º. 7. Gastos de sepelio por accidente en España

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en España, el Asegurador abonará un importe adicional indicado en póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 8. Gastos de sepelio por accidente en el extranjero

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en otro país que no sea España, el Asegurador abonará el importe adicional señalado en la póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 9. ASISTENCIA EN VIAJE BÁSICA

Modificando en lo que corresponda el artículo 4º (Exclusiones), se garantiza la siguiente cobertura de Asistencia en Viaje:

Ámbito de Cobertura y Aplicación

La presente cobertura se refiere a los viajes realizados por todo el mundo.

Asegurado

La persona física, residente en España, que pertenece a un colectivo de accidentes asegurado por Allianz.

Duración de los viajes

La presente cobertura tiene validez para viajes no superiores a 90 días

GARANTIA DE ASISTENCIA - REPATRIACIÓN

1. **Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del asegurado desplazado.**

En caso de que el asegurado contrajese una enfermedad sobrevenida o fuese víctima de un accidente durante la realización del viaje asegurado, el equipo médico de la Aseguradora determinará la mejor conducta a seguir, según la gravedad y urgencia del caso. Organizará los contactos que sean necesarios entre su equipo médico y el médico que esté tratando al asegurado, para la prestación de la asistencia sanitaria adecuada.

En caso de urgencia y gravedad médica de la dolencia del asegurado, y según el criterio del equipo médico del Asegurador en contacto con el médico que trate al asegurado y de su familia, teniendo en cuenta lo que sea médicamente necesario, decidirá su transporte sanitario, organizándolo desde el lugar donde el asegurado se encuentre hasta el centro hospitalario más próximo o adecuado para su estado de salud o hasta la residencia del asegurado. El Asegurador tomará a su cargo, única y exclusivamente, la repatriación del asegurado hasta su domicilio en caso de que sea médicamente necesario.

En caso de afecciones que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por el medio más adecuado, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados precisos.

Además, el Asegurador organizará las repatriaciones del asegurado y de un acompañante asegurado o de

PROYECTO

su familia (cónyuge, pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en el caso de que debido a una necesidad médica, cuya gravedad quedará a juicio del equipo médico del Asegurador, el asegurado perdiera el medio de transporte previsto para su regreso a su domicilio habitual. En este caso será necesario que el asegurado llame previamente al Asegurador solicitando la asistencia para su necesidad médica.

El Asegurador tomará a su cargo los gastos suplementarios de transporte de las personas acompañantes aseguradas o de su familia (cónyuge, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

Si el asegurado, una vez recuperado y sus familiares asegurados o acompañantes asegurados, desean continuar su viaje y el estado de salud de aquel así lo permite, el Asegurador se encargará de organizar su traslado hasta el lugar de destino de su viaje, siempre que el coste de este trayecto no sea superior al de la vuelta a su domicilio habitual.No obstante, no quedarán cubiertos los gastos derivados de la patología sufrida por el asegurado si éste toma la decisión de continuar al lugar de destino de su viaje.

2. **Repatriación del asegurado fallecido.**

En caso de fallecimiento del asegurado, el Asegurador tomará a su cargo:

- los gastos de transporte del cuerpo, desde el lugar del fallecimiento al de su inhumación.
- los gastos de acondicionamiento necesarios para el transporte, con el límite máximo de 600 €.
- los gastos suplementarios del transporte de los miembros de su familia (cónyuge o pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada o de las personas acompañantes aseguradas, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

3. **Atención a menores o discapacitados.**

En caso de que el asegurado sea repatriado por el Asegurador y se encontrase acompañado sólo por hijos menores de edad o disminuidos, ésta tomará a su cargo el desplazamiento de una persona que acompañe a dichos menores o disminuidos en su viaje de regreso.

En caso de que el Asegurador organice la repatriación de un menor de edad y este se encuentre solo, ésta tomará a cargo los gastos de desplazamiento para que una persona se traslade junto al menor y le acompañe en su repatriación.

4. **Gastos médicos.**

El Asegurador tomará a su cargo el pago o reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización originados, es decir los provocados y producidos durante un viaje fuera del país de residencia habitual y de nacionalidad del asegurado, hasta el límite máximo de 3.000€.

5. **Transmisión de mensajes urgentes.**

Derivados de las garantías contempladas en el presente contrato, que se emitan a través de la Central de Asistencia 24 horas, o que el asegurado realice directamente. Si el propio asegurado los transmite directamente, el Asegurador sólo se hará cargo de los gastos que se deriven de su emisión previa presentación por parte del asegurado de la factura y justificante de la urgencia del mensaje.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las siguientes prestaciones y actividades. Las exclusiones indicadas a continuación serán de aplicación a todas las coberturas indicadas anteriormente en la garantía de Asistencia/Repatriación.

a) Las enfermedades, accidentes o fallecimientos producidos a consecuencia del consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, salvo que éstos hayan sido prescritos por un médico y se consuman de la forma indicada por el facultativo.
b) Los actos dolosos, negligencias del asegurado, así como las lesiones auto intencionadas, el suicidio o intento de suicidio.
c) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, declarada o no, motines, movimientos populares o de similar naturaleza, salvo que el asegurado haya sido sorprendido por el inicio del conflicto en el extranjero. En tal caso, las garantías del seguro cesarán a los 14 días de iniciado el conflicto.
d) Los efectos producidos por una fuente de radioactividad, biológica o química.
e) Los siniestros producidos por terremoto, maremoto, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, epidemias, cuarentena, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y actos de terrorismo.
f) Quedan excluidas las actividades aeronáuticas. Asimismo se excluye la práctica de todo deporte a título profesional, remunerado o no remunerado, en competición o en entrenamientos preparatorios y las actividades de barranquismo , descenso de cañones, bungy jumping, montañismo, escalada, alpinismo, submarinismo, espeleología, puenting, así como otras similares de alto riesgo. También se excluyen las expediciones deportivas por mar, montaña o desierto.
g) Accidentes por la práctica de esquí, ocurridos fuera de pistas o de zonas habilitadas.
h) Viajes con fines terapéuticos
i) Búsqueda y rescate de personas en mar, montaña o zonas desérticas.
j) En gastos de acondicionamiento del cadáver, se excluyen los de inhumación, ceremonia y pompas fúnebres.
k) Los gastos ocasionados por una enfermedad o accidente de los que el asegurado no estaba restablecido en el momento del inicio de su viaje o en el momento de la continuación del mismo,

PROTECTO

según la garantía 1, o que a juicio del médico del Asegurador estuviese contraindicado con dicho viaje.

l) Aquellas repatriaciones o traslados producidos a consecuencia de enfermedades psíquicas que, según el criterio del equipo médico del Asegurador, requieran un ingreso en el hospital de destino inferior a 24 horas.

Para la cobertura de Gastos médicos, serán también de aplicación las siguientes exclusiones:

m) Los controles de enfermedades previamente conocidas.
n) Los gastos de cura termal, helioterapia o tratamiento estético.
o) Gastos de prótesis, implantes y material ortopédico, los gastos de rehabilitación y fisioterapia.
p) Gastos de vacunación, así como los de tipo odontológico.
q) Gastos de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo
r) Gastos de medicina preventiva.
s) Los gastos que, según el equipo médico del Asegurador, estén contraindicados con la patología que presenta el asegurado.
t) Los gastos médicos producidos a menos de 30 kilómetros del domicilio del asegurado (15 km en las islas).
u) Gastos relativos a enfermedades crónicas o a alguna complicación del embarazo.
v) Gastos producidos por tratamientos iniciados en el país de origen.
w) Los gastos médicos relativos a cualquier tipo de enfermedad mental o desequilibrio psíquico.
x) Los gastos producidos por alguna enfermedad preexistente, sea o no conocida por el asegurado.

Artº. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1-Personas no asegurables:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.
El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.
La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.
Para menores de 14 años, y salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, se excluye la cobertura de Fallecimiento, quedando sustituida por un importe en concepto de Gastos de Sepelio. Dicho importe será el indicado como capital de Fallecimiento, con un límite máximo en cualquier caso de 6.000 euros.

2-Riesgos excluidos:

- Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera accidente a efectos de esta póliza.
- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.
- Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- Suicidio o tentativa de suicidio.
- Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.
- Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin moto, paracaidismo y similares.
- Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración
- Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.
- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.
- Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos. La práctica del boxeo, alpinismo, "puenting", deportes aeronáuticos y otros de similar riesgo. Accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica de pesca en alta mar o caza mayor, salvo pacto expreso en Condiciones Particulares de la póliza.
- Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones: Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.
- Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.
- Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.
Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o

Original para el Tomador del Seguro

ultravioletas, generados artificialmente.
- Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artº. 5º. RIESGOS QUE SON 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, 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.

I. 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 120 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.
   c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
   d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
   e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
   f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
   g) Los causados por mala fe del asegurado.
   h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
   i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

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

   En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del

PROYECTO

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.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que 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.

PROYECTO

CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 6º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

A) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda:

- En caso de Muerte por accidente:
  a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
  b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
  c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
  d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y copia del último Testamento. Si no existe designación expresa, certificado el Registro de Últimas Voluntades y copia del último Testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

-En caso de Muerte por infarto:
La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

-Común a todos los casos de Muerte del asegurado:
A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado.
Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto.
El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

-En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (incluida Progresiva):
  a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes.
  A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.
  Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento.
  El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días. Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.
  b) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

-En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:
  a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.
  b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al asegurado.
  c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.

-En caso de Asistencia Sanitaria:
  a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
  b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
  c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

-En caso de Invalidez Temporal:
  a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
  b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atienda.

-En caso de Hospitalización y Convalecencia:
  a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
  b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

-En todos los supuestos:
Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa, y consecuencias.

PROVISIONAL

B) PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación garantizada en el plazo de cinco días en caso de Muerte o Incapacidad Permanente.
En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.
Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

EFECTO
PROYA

Original para el Tomador del Seguro

CAPÍTULO IV

Administración de la póliza

Artº. 7º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

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 o del Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, 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. En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador, queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

Artº. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación.

En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

Artº. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.
4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del artículo 10.4 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
   a) **Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.**
   b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

PROYECTO

CAPÍTULO V

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 10º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes **Condiciones Generales** del contrato de seguro tienen, **al final de cada apartado**, la **referencia a los preceptos de la Ley** aplicables a su contenido, para que su **consulta** pueda ser hecha, si se desea, con la máxima **precisión y facilidad.**

Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º

10º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El **Tomador del Seguro**, que **da respuesta al Cuestionario** de seguro para que pueda elaborar la póliza, **suscribe el contrato y paga las primas.**
2. El **Asegurado**, que tiene un **interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato.**
3. El **Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** que **garantiza la realización de las prestaciones** previstas **en caso de siniestro.** En adelante, se le denomina también **"la Compañía".**
4. Los **Coaseguradores**, Aseguradores que, junto con la Compañía, **asumen mancomunadamente el contrato**, sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. **Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías** y primas.
5. El **Acreedor**, titular de un **derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los** bienes asegurados, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, **sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización**
6. EL **Órgano de Control**, que es la **Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda**, que **supervisa la actividad** en virtud de la competencia que corresponde al **Reino de España**, Estado miembro del **Espacio Económico Europeo.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

10º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro

A) El Asegurador **confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario** dadas por el Tomador del Seguro y **aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones** hechas por el mismo, por lo que **las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato.**

B) La **póliza** reúne, en un solo documento, las **Condiciones Particulares** del Contrato de Seguro, que fijan los **datos propios e individuales** del contrato, **determinan su objeto y alcance** y recogen las **cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley;** y las **Condiciones Generales** del Contrato de Seguro, que tratan de los **derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato.**
Además pueden existir los **Suplementos**, que son **modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.**

C) El **Tomador debe leer y comprobar** atentamente los **términos y condiciones de su póliza** y, en su caso, **pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.**

D) Si la **póliza es conforme**, el **Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.**

E) El **Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.**

F) **Sólo** si se han cumplido los **requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La **duración** del contrato se fija **desde las 00:00 horas del día del inicio** del período de cobertura, hasta las **veinticuatro horas del día de su finalización.**

B) **Cada año**, salvo casos especiales, la póliza **vence y se renueva de forma automática.**

C) Para que el seguro **continúe vigente**, el Tomador del Seguro **debe pagar la prima** correspondiente a la **siguiente anualidad** . Tiene para ello un **plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.**

D) Cuando el **Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.**

E) **Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento: cuando se produzca una agravación del riesgo,**

Original para el Tomador del Seguro

cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos).
Si es el Asegurador quien rescinde, prorroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida.
El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

F) **Igualmente** ocurre cuando **los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos** a otras personas.
Se ha de **notar especialmente** que el **nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10º. 4. Modificación del contrato de seguro

A) Cualquier modificación que se produzca en el **contenido de las respuestas** que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe **ser comunicada** al Asegurador **a la mayor brevedad**, por si es necesario **adaptar la póliza a la nueva situación.**

B) Así, las **agravaciones o disminuciones del riesgo, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica** (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) **deben ser comunicadas** por el Tomador del Seguro, normalmente **en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.**

C) La **respuesta** del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el **mismo plazo de 15 días, salvo** cuando se trata de **agravación del riesgo**, caso en que dispone de **dos meses para proponer la modificación** del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador **no haga uso previamente de las facultades de rescisión** señaladas en el Apartado anterior.

D) Cuando se produce una **disminución del riesgo**, el Tomador del Seguro **tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10º. 5. Actuación en caso de siniestro

A) Ante todo, en caso de siniestro, el **Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias** del mismo, **cooperando al salvamento de personas y bienes.**

B) El **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar** al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, **la ocurrencia** del siniestro, sus **circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.**

C) **Inmediatamente**, el Asegurador **procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.**

D) Si las **características del siniestro** lo requieren, el **Asegurador designará Perito**. El **Asegurado** puede, si lo desea, **nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.**

E) Los **desacuerdos** entre Peritos se solucionarán por el **nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.**

F) El **dictamen** de los Peritos **será vinculante** para las partes, **salvo impugnación judicial** hecha por una de ellas.

G) Cuando el **dictamen** de los Peritos **no sea impugnado** judicialmente, el **Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.**

H) Para **no perjudicar los intereses** del Asegurado o del Beneficiario, **si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización.**

El **pago provisional equivaldrá** a la **indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.**

I) **Una vez pagada la indemnización**, en muchas ocasiones el **Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables** del daño. **El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

10º. 6. Otras cuestiones de interés

A) **Principio de la buena fe.**

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen **van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.**

En general, tales situaciones se producen cuando el **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tareas de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro**

Original para el Tomador del Seguro

B) **Comunicaciones entre las partes.**
Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico.
Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario o el Acreedor **se dirijan al Asegurador**, pueden hacerlo **a su domicilio social, al de sus sucursales**. Tales comunicaciones pueden hacerlas **directamente** al Asegurador o bien **a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.**
El Asegurador se dirigirá al **último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o del Acreedor.**

C) **Prescripción de acciones.**
Las **acciones para exigir derechos** derivados del contrato prescriben a los **cinco años.**

D) **Consultas y aclaraciones sobre incidencias:**

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El Mediador de Seguros, JORDI RIBAL PRIOR teléfono

2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.

E) **Departamento de Defensa del Cliente:**

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) **Litigios sobre el contrato:**

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

G) **Restricción por sanciones económicas internacionales:**

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

PROYECTO

Protección de Datos de Carácter Personal

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona con la referencia "LOPD" o por e-mail a ; email lopd@allianz.eso por teléfono al 902 300 186 adjuntando en todo caso fotocopia de su DNI, su pasaporte o cualquier otro documento válido que lo identifique.

Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal o electrónica que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades todas ellas pertenecientes al sector financiero y asegurador y que se hallan listadas en la web www.allianz.es, e informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés. Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro.

Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

CLÁUSULA FINAL

El presente Proyecto de Seguro ha sido confeccionado de conformidad a la información que nos ha facilitado el Tomador del Seguro, por lo que de ser aceptado dicho proyecto por el mismo, el **Asegurador decidirá el porcentaje de participación** en el contrato de seguro antes de su emisión.

La póliza que se emitiría, sería con los textos que han quedado recogidos en las páginas anteriores y se podría precisar que previamente fuese verificado el riesgo por el Asegurador, para determinar las primas y condiciones de contratación definitivas. Por tanto, el presente proyecto **tiene carácter meramente informativo para el interesado**, no siendo una proposición de seguro a efectos del Artículo 6, Apartado 1 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.

Tiene una validez de **UN MES** a partir de la fecha de emisión.

Emitido en 2014

PROYECTO