

CONDICIONES DE CONTRATO

Definiciones

ACCIDENTE

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

A efectos del presente contrato, tendrán además la consideración de accidente:

- Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un movimiento anómalo del cuerpo, sobrecarga o esfuerzo súbito.
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

No se considerarán accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo garantizado expresamente en la cobertura de "Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral)", de haberse contratado ésta.

Tampoco se consideran accidentes aquellos supuestos excluidos expresamente de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales o Generales del contrato.

ACCIDENTE DE CIRCULACION

Se entenderá como tal, a los efectos del presente contrato de seguro, la lesión corporal que sobrevenga al Asegurado por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mismo, que se origine en un hecho de la circulación en el que el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.- Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento.
- 2.- Como pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, que esté destinado al transporte de personas.
- 3.- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- 4.- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.

AMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA

Según se pacte en las Condiciones Particulares del contrato, el ámbito temporal en el que las

coberturas del seguro estarán vigentes podrá ser alguno de los siguientes:

- **Durante la actividad descrita en la póliza:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza.

Quedan excluidos los accidentes que sufra el Asegurado en el curso de la vida privada.

Tampoco quedarán cubiertos, salvo pacto en contrario, los accidentes sufridos durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

- **Durante la actividad descrita en la póliza y en la vida privada (extra-laboral):** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal exclusivamente durante la actividad u organización de las actividades descritas en el apartado RIESGO ASEGURADO de esta póliza, o en el curso de los actos de su vida privada.

En consecuencia, salvo pacto en contrario, quedan excluidos los accidentes que puedan producirse durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.

ASEGURADO

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Los asegurados incluidos en el contrato constituyen el llamado "Grupo asegurado", el cual está formado, salvo pacto en contrario, por un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común.

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar los datos reflejados en los libros de matrícula, registros oficiales, o cualesquiera documentos de inscripción de personas que tenga la condición de Asegurado, según el riesgo descrito en la póliza, durante la vigencia de la misma.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Definiciones

Para las contingencias aseguradas sobre la vida, el beneficiario será el propio Asegurado.

Para el caso de muerte del Asegurado, y coberturas relacionadas con la muerte, **a falta de designación expresa en la póliza** serán beneficiarios del seguro, por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes:

1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

ENFERMEDAD COMUN

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente conforme se define éste en la presente póliza y en la Ley de Contrato de Seguro.

FRANQUICIA TEMPORAL

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del Asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días pactados,

a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (o bien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara en el contrato), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

PLAZO DE CARENCIA

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

SINIESTRO

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de daños y perjuicios o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por las coberturas de muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del Asegurado.**

Muerte por accidente

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

b) Acreditación de accidente.- Corresponde al Tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve que el fallecimiento del Asegurado se ha producido por causa de un accidente cubierto por la póliza.

c) La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas.- El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del Asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo Asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el Asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el Asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

d) Anticipo.- A cuenta de la indemnización total, el Beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de Defunción original, podrá solicitar del Asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del Asegurador la documentación

fehaciente que demuestre la condición de los Beneficiarios y el mencionado Certificado literal de Defunción original.

e) Impuesto de Sucesiones y Donaciones.- El Asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese Impuesto.

f) Carácter de la prima.- Declarado el siniestro de fallecimiento, el Tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) Certificado Médico Oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las Diligencias Judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

b) Certificado literal de Defunción del Registro Civil.

c) Certificado del Registro de Actos de Últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del Asegurado.

d) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

e) Carta de Pago o exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda según las normas del apartado II siguiente, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos.

Para que dicha pérdida pueda considerarse como invalidez permanente deberá cumplirse la condición de que haya transcurrido el tiempo suficiente para permitir la posible recuperación de la funcionalidad de estos miembros y/u órganos y que no sean susceptibles de mejoría mediante tratamiento médico o quirúrgico,

resultando, por tanto, dicha situación o pérdida como definitiva.

Para la valoración de la invalidez permanente no se tendrá en cuenta la repercusión producida en las actividades del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Baremo.**- La indemnización a pagar se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta cobertura que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones que a continuación se transcribe:

	Porcentaje de Invalidez
Estado vegetativo permanente.....	100 %
Demencia incurable.....	100 %
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades.....	100 %
Paraplejía completa.....	100 %
Hemiplejía completa.....	100 %
Pérdida total de los dos ojos o pérdida absoluta de la visión.....	100 %
Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo.....	32 %
Pérdida total de la capacidad de hablar por trastornos de la voz o articulación del habla.....	35 %
Sordera bilateral.....	40 %
Sordera unilateral.....	11 %
Amputación total de extremidad superior.....	49 %
Amputación a nivel de codo.....	47 %
Pérdida total de ambas manos.....	100 %
Amputación de la mano.....	44 %
Pérdida de los cinco dedos de la mano.....	44 %
Pérdida del dedo pulgar de la mano.....	18 %
Pérdida del dedo índice o medio de la mano.....	9 %
Pérdida otro dedo de la mano.....	4 %
Anquilosis de la columna vertebral en todos los planos:	
Completa.....	43 %
Segmento cervical.....	32 %
Segmento dorsal.....	6 %
Segmento lumbar.....	10 %
Pérdida total de ambas extremidades inferiores.....	100 %
Amputación total de extremidad inferior.....	40 %
Amputación de un pie.....	25 %
Amputación del dedo gordo del pie.....	5 %

Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Caso de modificarse, ampliarse, complementarse o sustituirse el mencionado baremo no tendrá ningún efecto sobre esta póliza, salvo pacto en

contrario expresamente indicado en las Condiciones Particulares, manteniéndose por tanto lo establecido en dicho Real Decreto 1971/1999.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

Para la determinación de los anteriores porcentajes de invalidez permanente no se tendrán en cuenta ni la profesión ni la edad del asegurado ni los factores sociales ni ningún otro factor ajeno al baremo.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo

establecido en la Condición General "Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

b) Pérdida funcional.- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

c) Concurrencia de Invalideces Permanentes en un órgano.- La concurrencia de invalideces permanentes parciales en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

d) Pérdida de varios órganos.- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad el porcentaje de invalidez permanente parcial se establecerá mediante las tablas de valores combinados comprendidas en la normativa indicada en el apartado a). En ningún caso el porcentaje de invalidez permanente podrá superar el límite del cien por cien.

e) Invalideces Permanentes preexistentes.- Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de invalidez será la diferencia entre el que resulte después del accidente y el de la invalidez permanente preexistente.

f) Estabilidad en la Invalidez Permanente.- La situación de invalidez permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

g) Criterios no vinculantes.- Para la evaluación de la invalidez permanente no serán vinculantes las resoluciones de la Seguridad Social, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) u otros organismos sociales, las sentencias judiciales dictadas en jurisdicciones distintas de la civil ordinaria o los dictámenes emitidos por otras entidades aseguradoras o sanitarias.

h) Reconocimiento médico del Asegurado.- El Asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir, que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del Perito Médico nombrado por el Asegurador, así como

facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

i) Fallecimiento del Asegurado.- Si a consecuencia de un mismo accidente, después de fijada la invalidez permanente, sobreviniere el fallecimiento del Asegurado, las cantidades satisfechas por el Asegurador por la cobertura de invalidez permanente, se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento, si la cobertura de fallecimiento estuviera contratada en la presente póliza.

j) Exclusión de Invalideces Permanentes Parciales.- Únicamente se indemnizarán las invalideces permanentes parciales que superen el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

Esta exclusión de invalideces permanentes parciales ha de estar acordada con el Tomador del seguro y, por tanto, especificada en las Condiciones Particulares.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Documentación clínica donde se recojan causas, lesiones sufridas, evolución y cualquier otra prueba complementaria necesaria para la determinación del grado de invalidez.

b) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

c) En el caso de que deba practicarse retención en la indemnización y únicamente a efectos fiscales, ya que esta póliza no utiliza los mismos criterios en la determinación del porcentaje de invalidez permanente, certificado o resolución de Invalidez del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales u órgano competente en la Comunidad Autónoma.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asistencia Sanitaria por accidente

I OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisa de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Esta cobertura incluye, asimismo, el importe de los gastos de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales, pero no sus reposiciones.

Se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) Periodo de indemnización. La fecha de inicio del periodo de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente y la fecha límite de la cobertura finaliza al año natural a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

b) Notificación de siniestro. El accidente debe haberse notificado al Asegurador dentro del plazo de siete días de su ocurrencia. En el caso de efectuarse dicha notificación una vez transcurrido dicho plazo, la indemnización se computará a partir del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba la notificación.

c) Fallecimiento del Asegurado. La indemnización a que de lugar esta cobertura cesará al producirse el fallecimiento del Asegurado.

d) Para accidentes ocurridos en España o Andorra, la asistencia médica al Asegurado quedará cubierta por la póliza sólo en el caso de efectuarse dentro de territorio español o andorrano.

e) Coexistencia de seguros. Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el Asegurado. Por ello, cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de la coberturas contratadas por el Asegurado.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Informes de la asistencia sanitaria efectuada al Asegurado.

b) Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos.

IV. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIA

a) La cuantía máxima a indemnizar en cualquier circunstancia por esta cobertura es la cuantía indicada en las Condiciones Particulares de la póliza. Si la cobertura se hubiese concertado con franquicia, según se indica en las referidas Condiciones Particulares, ésta se deducirá de la indemnización.

b) Las prestaciones efectuadas por profesionales o proveedores en España o Andorra, no designados o no aceptados expresamente por el Asegurador, serán indemnizadas en un cincuenta por ciento de los gastos generados con un máximo de 3.000 euros, salvo que el límite de esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares, fuera inferior, en cuyo caso regiría ese último.

c) Los gastos de primera prótesis no excederán del 50 por ciento del capital contratado para asistencia sanitaria, con un máximo de 6.000 euros por siniestro.

d) Los gastos de transporte sanitario del Asegurado, quedarán incluidos hasta un límite máximo de 750 euros por siniestro, en el caso de ser objetivamente necesarios. No quedarán cubiertos los gastos de transporte sanitario a otra población diferente de la de residencia del Asegurado en el caso existir en la población de residencia posibilidades de tratamiento ajustado a las lesiones producidas por el accidente.

e) En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra los gastos de Asistencia Sanitaria quedan garantizados, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente, hasta un límite máximo de 6.000 euros, salvo que el límite de esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares, fuera inferior, en cuyo caso regiría este último.

El reembolso se hará en euros y al cambio oficial del día que hubiese ocurrido el accidente.

Caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, el límite máximo indemnizable será el especificado en las Condiciones Particulares deducida la cuantía ya indemnizada por asistencia sanitaria en el extranjero.

f) Los gastos que se deriven de la asistencia sanitaria urgente serán abonados por el Asegurador sin necesidad de aceptación por su parte ni aplicación de franquicia.

V. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos de:

a) Búsqueda y salvamento del Asegurado.

b) Hospitalización a consecuencia de cirugía plástica reparadora o estética.

Se entiende por cirugía plástica reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivadas de un accidente y tendentes a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.

Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

c) Prótesis dentales o la sustitución o implantación de piezas dentales.

d) Adquisición de gafas o lentillas.

e) Daños en prótesis preexistentes o en aparatos correctores de visión o audición.

f) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del Asegurado, dañados por el accidente.

g) No sanitarios derivados de la estancia en centros sanitarios.

h) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al Asegurador.