

Seguro Colectivo de Accidentes

PREVIS
SEGUROS

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Previsión Balear, MPS (ESPAÑA).

NIF: V07103419

Nº AUTORIZACIÓN: P3132

Producto: Seguro Colectivo de Accidentes

Este documento contiene información genérica del producto y no toma en consideración sus necesidades y demandas específicas. La información precontractual y contractual completa se facilita en otros documentos, que son los que regularán la relación entre las partes.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Es un seguro colectivo que garantiza distintas contingencias derivadas o que tengan origen en un accidente o enfermedad. Su ámbito de cobertura puede ser: 24 horas cubriendo tanto la vida profesional como la no profesional, ámbito laboral o extralaboral, enfermedad común o enfermedad profesional, durante la realización de determinadas actividades, etc.



¿Qué se asegura?

- ✓ **Fallecimiento**
Pudiendo distinguirse entre: Accidente 24 horas, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común o enfermedad profesional.
- ✓ **Fallecimiento por accidente de circulación**
- ✓ **Gran Invalidez**
Pudiendo distinguirse entre: Accidente 24 horas, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común o enfermedad profesional.
- ✓ **Incapacidad Permanente Absoluta**
Pudiendo distinguirse entre: Accidente 24 horas, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común o enfermedad profesional.
- ✓ **Incapacidad Permanente Total**
Pudiendo distinguirse entre: Accidente 24 horas, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común o enfermedad profesional.
- ✓ **Incapacidad Pte. según Baremo accidente**
Pudiendo distinguirse entre: Accidente 24 horas, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común o enfermedad profesional.
- ✓ **Incapacidad Temporal accidente:**
Subsidio diario accidente o accidente laboral.
Capital de contratación voluntaria Franquicia: 0 o 7 días
Duración máxima: 365 días
- ✓ **Asistencia sanitaria accidente:** Cobertura gastos asistencia sanitaria y farmacéuticos
Capital de contratación voluntaria
Duración máxima: 365 días desde fecha accidente



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Profesiones de riesgo como: Acróbatas, bomberos, buzos, canteros mineros... salvo aceptación expresa.
- ✗ Deportistas profesionales.
- ✗ Clientes que no cumplan los criterios de selección de la compañía.
- ✗ Clientes que en la fecha de ocurrencia del siniestro no pertenezcan al colectivo asegurado.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Lesiones o dolencias derivadas de esfuerzo o sobreesfuerzo, tendinitis no traumáticas, el infarto de miocardio y cualquier otra dolencia no provocada por un accidente.
- ! Accidentes o lesiones de origen anterior a la fecha de emisión de la póliza.
- ! Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado.
- ! Accidentes que sean consecuencia de actos imprudentes o culpa grave del asegurado.
- ! Accidentes bajo la influencia de estupefacientes (sin prescripción médica), drogas o alcohol.
- ! Práctica de deportes notoriamente peligrosos como determinadas actividades subacuáticas, actividades aéreas, boxeo, caza mayor, y similares.

El listado completo de las exclusiones para cada una de las coberturas queda especificado en las condiciones del contrato de seguro.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Para estar cubierto por la garantía de Incapacidad temporal el cliente deberá cotizar en algún régimen de la Seguridad Social de España y por lo tanto desarrollar su actividad profesional en España.
- ✓ En caso de Asistencia Sanitaria e Incapacidad Temporal los accidentes deberán tener su origen u ocurrir en España.
- ✓ Para el resto de garantías la cobertura es mundial salvo que haya sido acotada de manera expresa, adicionalmente el asegurado debe tener su domicilio habitual en España y residir habitualmente en él.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Obligaciones al comienzo del contrato:
 - o Rellenar y cumplimentar correctamente la solicitud de seguro.
 - o Informar según se haya pactado de la composición del colectivo asegurado.
- Obligaciones durante la vigencia del contrato:
 - o Devolver el contrato firmado y hacer frente al pago de las correspondientes primas de seguro.
 - o Informar según se haya pactado de la composición del colectivo asegurado.
 - o Informar a la compañía de otras posibles modificaciones en la póliza contratada.
- Obligaciones en caso de solicitud de indemnización:
 - o Informar a la compañía en el plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro en caso de Asistencia Sanitaria o Incapacidad Temporal, para el resto de contingencias informar a la mayor brevedad posible.
 - o Reportar y enviar a la compañía toda la documentación que se le precise.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

Se pacta expresamente que las primas serán a cargo del Tomador. Las primas se establecerán por periodos anuales atendiendo a la profesión declarada a la fecha de suscripción y, en caso de renovación se modificará según los nuevos capitales asegurados o cualquier otra modificación del riesgo que afecte a la prima. El importe de la prima incluirá los recargos por gastos de gestión y fraccionamiento de la prima, así como los impuestos y recargos legalmente repercutibles. La prima se pagará por domiciliación bancaria salvo pacto expreso contrario.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

El contrato entrará en vigor una vez satisfecho el primer recibo de prima. La duración de éste se entiende por año prorrogable salvo denuncia de las partes.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El tomador podrá rescindir el contrato con una anticipación de al menos un mes a la conclusión del periodo en curso dirigiéndose a su colaborador, poniéndose en contacto directamente con la Mutualidad en cualquiera de las formas disponibles en www.previs.es o escribiendo un correo a infoseguros@previs.es.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**CONDICIONES GENERALES**

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre, de 1.980), modificada por la Ley 20/2015, de 14 de julio y por lo establecido en estas Condiciones Generales y en las Particulares de la Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 96 de la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la Mutualidad informa al tomador de la póliza que corresponde a la Dirección General de Seguros, el control de la actividad del asegurador y que el tomador podrá reclamar ante dicho organismo, aquellas prácticas del asegurador que considere abusivas o lesionen los derechos derivados del contrato de seguro.

Preliminar .- Definiciones. A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Asegurador: Mutualidad

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social, Mutualidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las Condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro: Mutualista

Persona que suscribe este contrato con el Asegurador y a quien corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado:

Persona física sobre cuya integridad corporal se contrata el seguro.

Beneficiario:

Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso, el Asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, las prestaciones derivadas de esta póliza.

Póliza:

Documento que contiene las Condiciones Generales de este contrato, las Especiales que delimitan cada garantía, las Particulares que identifican el riesgo, así como las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del riesgo.

Solicitud de seguro:

Documento, según modelo suministrado por la Mutualidad, en el que el Tomador solicita el seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada.

Accidente:

Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

PRIMERA. COBERTURA

En caso de accidente, la Entidad Aseguradora garantiza a los Beneficiarios designados, el pago de las indemnizaciones pactadas para los supuestos de incapacidad, temporal o permanente, o muerte del Asegurado inscrito. Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta de la Entidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato, que no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente.

SEGUNDA. ALCANCE DE LA COBERTURA

Quedan excluidas de cobertura las consecuencias siguientes:

- Quedan excluidas las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.**
- Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado.**
- La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.**
- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la condición primera de este contrato.**
- Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de**

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



COLABORADOR: GESTION DE RIESGOS Y PATRIMONIOS, GALIA S.L.

alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.

g. En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando como aficionado deportes de alto riesgo tales como; paracaidismo, vuelo en ala delta, parapente, ultraligeros y cualquier otra actividad aérea, boxeo, kick boxing, buceo, pesca submarina, caza mayor fuera de Europa, espeleología, alpinismo, escalada, barranquismo, carreras o rallies de automovilismo, motociclismo o motonáutica y cualquier tipo de deporte de nueva aparición de peligrosidad similar a los señalados, salvo que hayan sido declarados a la Mutuality y expresamente aceptados por ella. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

TERCERA. RIESGOS ACEPTADOS MEDIANTE PACTO EXPRESO

Quedan excluidos de la cobertura, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y, en su caso, se abone la prima adicional correspondiente:

a. El uso y conducción de motocicletas y ciclomotores.

b. La práctica como aficionado de los siguientes deportes: juego de pelota, hípica, polo, ciclismo, artes marciales, navegación a vela y/o motor a más de dos millas de la costa, esquí acuático, y caza mayor en Europa.

CUARTA. CONDICIONES DE ADHESIÓN

Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el cuestionario suscrito por el Asegurador y aceptadas por el Asegurado. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del cuestionario boletín de adhesión.

En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

- Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro colectivo de accidentes.
- En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.
- Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al colectivo asegurado.

QUINTA. INDISPUTABILIDAD

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador puede exigir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En el supuesto de indicación inexacta de la profesión del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera profesión del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato presenta una categoría de riesgo superior a la establecida por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la profesión, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación asegurada se reducirá en función a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

SEXTA. VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL COLECTIVO.

El Tomador tendrá la obligación de notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, y que pueden consistir en:

a. Altas: Originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al colectivo asegurado, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro colectivo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en el próximo vencimiento de prima o fracción, una vez satisfechas las condiciones de adhesión, o en la fecha que se estipule en las condiciones particulares.

b. Bajas: Tendrán lugar por la salida del grupo asegurado o del asegurable. En este caso, el Asegurador devolverá al Tomador la parte de la prima correspondiente al período del seguro no transcurrido.

Cuando el Asegurado cause baja en el seguro por salida del colectivo asegurable, podrá solicitar al Asegurador la continuación de su seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual.

SÉPTIMA. PAGO DE LAS PRIMAS

La primera prima será exigible a la firma del contrato. Si el Tomador no hubiera pagado la misma antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación. A elección del Asegurado podrá fraccionarse el pago de las primas en meses, trimestres o semestres mediante la aplicación de los recargos previstos en las bases técnicas.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurado no efectúa el pago dentro de los seis meses siguientes se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



COLABORADOR: GESTION DE RIESGOS Y PATRIMONIOS, GALIA S.L.

resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el asegurado pague la prima.

OCTAVA. INICIO DE COBERTURA Y PERIODO DE VIGENCIA**Inicio de cobertura**

El contrato tomará efecto desde la formalización por ambas partes de la póliza, iniciándose la cobertura a partir de las cero horas del día siguiente al que se haya satisfecho el primer recibo de la prima.

Periodo de vigencia

La cobertura se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a excepción de pólizas temporales, a su vencimiento se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año, salvo que alguna de las partes notifique a la otra, por escrito, su deseo de oponerse a la prórroga, **con una antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo del seguro en curso para la Mutualidad y de un mes para el tomador.**

NOVENA. BENEFICIARIOS

Se entiende por Beneficiario la persona física o jurídica a favor de quién se concierta la prestación, designada por el Asegurado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

De no existir designación expresa, la Entidad reconocerá como Beneficiario a la persona o personas que se señalan a continuación y por el orden excluyente que se indica:

- El propio asegurado
- El cónyuge que conviva con el causante.
- Sus hijos legítimos, naturales reconocidos y adoptivos, por partes iguales.
- Sus padres por partes iguales.
- Los herederos legales.

DÉCIMA. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

De conformidad con la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente, en caso de queja o reclamación respecto a la actuación de la mutualidad de seguros, el cliente podrá dirigirse mediante la cumplimentación del formulario disponible en la página web de la entidad www.previs.es.

Asimismo, podrá formular denuncias o reclamaciones al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad y sito en el Pº de la Castellana nº 44 D.P. 28046 de Madrid (www.dgsfp.mineco.es). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante este Servicio, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de la presentación de la reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad Aseguradora sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada su admisión o desestimada su petición.

UNDÉCIMA. NORMAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En cualquier caso se deberá:

- Acreditar la pertenencia del asegurado al colectivo asegurado.
- Presentar copia del DNI del asegurado.

Una vez recibidos todos los documentos justificativos, el Asegurador notificará, su conformidad o denegación en base a las condiciones de este contrato.

En caso de conformidad, el Asegurador satisfará la indemnización al Beneficiario, por mediación del Tomador, dentro de los cinco días siguientes al término del plazo anterior y contra entrega del recibo correspondiente.

En ningún caso podrá perjudicar a los Beneficiarios la falta de diligencia del Tomador para justificar y reclamar la prestación que tenga derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse aquellos directamente al Asegurador, sin perjuicio de las acciones que éste pueda ejercer contra el Tomador

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

Si a consecuencia de accidente cubierto por el contrato fallece el Asegurado, inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, la Entidad pagará la indemnización prevista.

Tramitación de la prestación en caso de fallecimiento:

El Beneficiario deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- Diligencias previas, atestados de los cuerpos policiales o certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



COLABORADOR: GESTION DE RIESGOS Y PATRIMONIOS, GALIA S.L.

circunstancias y causas del fallecimiento.

b. Certificado en extracto de inscripción de defunción en el registro civil.

c. Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario (libro de familia, acta de declaración de herederos ab intestato o testamento del asegurado).

d. Modelo 650 de liquidación del impuesto de sucesiones.

Para los menores de 14 años esta garantía se asimilará a los gastos de sepelio.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE

En caso de incapacidad permanente a consecuencia de un accidente cubierto por el contrato (absoluta o gran invalidez), la Entidad pagará al Beneficiario después de quedar determinada la incapacidad, la indemnización que resulte según las siguientes normas:

a. En el supuesto de incapacidad permanente absoluta se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por incapacidad permanente absoluta aquella situación irreversible que imposibilita el desarrollo de cualquier tipo de profesión al Asegurado.

b. En el supuesto de incapacidad permanente gran invalidez se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por incapacidad permanente gran invalidez aquella situación irreversible que imposibilita el desarrollo normal de la vida al Asegurado, en su aspecto laboral como privado, el cual necesita la ayuda de terceras personas para realizar las funciones vitales básicas.

La Mutualidad estará al resultado de la declaración de incapacidad formulada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social. En todo caso se esperará a que la incapacidad permanente reconocida sea irreversible atendiendo al plazo de revisión que se fije por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y que éste sea superior a 2 años desde su concesión, conforme a lo establecido en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores cuando no se prevea que el trabajador vaya a reincorporarse a su puesto de trabajo. En caso de que se prevea la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo se esperará a que la incapacidad se considere permanente.

Cuando se produzca el pago del capital asegurado para cualquiera de estas garantías, el contrato se extinguirá de forma automática para el asegurado afectado excluyendo la percepción de cualquier otro importe establecido en la póliza.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE SEGÚN BAREMO.

El Asegurador se obliga a pagar al Beneficiario el importe de indemnización resultante de aplicar el porcentaje de baremo que resulte por las lesiones permanentes e irreversibles derivadas de accidente sobre el capital garantizado en las condiciones particulares para dicha garantía.

A los efectos del presente seguro, se entiende por invalidez permanente según baremo derivada de accidente cubierto por el presente contrato de acuerdo a las Condiciones Generales aquella lesión que suponga la pérdida anatómica o funcional de miembros u órganos con carácter permanente e irreversible.

Baremo :**Porcentaje del 100% :** Pérdida de ambos brazos o de ambas manos; de ambas piernas o de los dos pies; de un brazo y de una pierna; de una mano y de un pie. Ceguera absoluta. Parálisis completa. Enajenación mental incurable y absoluta.**Porcentaje del 75% :** Pérdida completa y definitiva de un miembro inferior. Amputación o fractura no consolidada del muslo.**Porcentaje del 60% :** Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano derechos.**Porcentaje del 50% :** Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano izquierdos; de toda parte inferior a la rodilla; de un pie. Fractura no consolidada de una pierna. Seudoartrosis del fémur por efecto de gran pérdida de sustancia ósea. Sordera completa e incurable de ambos oídos.**Porcentaje del 30% :** Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación del mismo. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Seudoartrosis de húmero, consecuente a gran pérdida de sustancia ósea. Codo bailante o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, no siendo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis extensa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en defectuosa posición. Fístula gástrica o estercorácea.**Porcentaje del 20% :** Pérdida completa o luxación irreductible del hombro. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Muñeca o garganta del pie bailante. Seudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o de la rodilla en buena posición. Amputación total del pulgar derecho.**Porcentaje del 15% :** Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano, o del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior, no menos de cinco centímetros. Fractura no consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de sustancia ósea en las paredes craneanas. Fístula o cualquier otra lesión del aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído. Fístula pleural.**Porcentaje del 5% :** Amputación o pérdida completa de uno o dos dedos de una mano; o de dos o tres dedos de un pie; o de una falange del pulgar o de cuatro falanges de los dedos restantes de la mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o de la garganta del pie. Seudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco centímetros y superior a un centímetro de cualquier de los dos miembros inferiores.**Los porcentajes a aplicar para el cálculo de la invalidez permanente por accidente según baremo relativos a "derecha" e "izquierda" se invertirán en relación a brazos, manos o dedos cuando el Asegurado sea zurdo.**

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

1. Todas las secuelas que se describen en cada baremos son traumáticas, es decir, derivadas de un accidente.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



COLABORADOR: GESTION DE RIESGOS Y PATRIMONIOS, GALIA S.L.

2. La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable se considera como invalidez y será clasificada por semejanza en el coeficiente de invalidez que corresponda de entre las lesiones anteriormente enumeradas.
3. Si la incapacidad proviniera por un defecto no previsto en los cuadros anteriores, el tipo de incapacidad se determinará por analogía de gravedad.
4. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida orgánica del mismo.
5. Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea solamente parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
6. Cuando el Asegurado resulte, por un mismo accidente cubierto por la póliza, con varias pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total se calculará por acumulación de los porcentajes establecidos para las mismas, sin que el importe conjunto exceda en ningún caso del capital garantizado en las condiciones particulares para la garantía.
- 7. Las indemnizaciones contempladas en la presente garantía se considerarán siempre a cuenta de cualquiera otra indemnización por incapacidad permanente siempre y cuando deriven del mismo accidente reduciendo la suma asegurada en la proporción de las cantidades satisfechas por la mutualidad en concepto de incapacidad parcial.**
- 8. Si el Asegurado presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que habría resultado si el Asegurado, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.**
9. En la descripción del baremo, la palabra "pérdida", se interpretará como pérdida funcional o amputación, según la característica de la lesión que produjo la secuela al asegurado.
- 10. La Mutualidad fijará el porcentaje de invalidez una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo; pero esta determinación se hará siempre dentro del año a contar desde la fecha del accidente.**
11. La determinación del grado de incapacidad se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro. **S i el asegurado no aceptase la proposición de la Mutualidad en lo referente al grado de incapacidad, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos**, conforme a los artículos 38 y 39 de la Ley citada.
- 12. Si después de fijada la invalidez sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por la Mutualidad se considerarán a cuenta de la indemnización pactada para el caso de muerte por accidente.**
13. La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo. La acumulación de todos los porcentajes de incapacidad, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

Tramitación de las prestaciones en caso de incapacidad permanente.

En caso de siniestro el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberá facilitar al Asegurador adicionalmente:

- a) Resolución del I.N.S.S. en el que se declare la situación de incapacidad permanente y el grado de la misma; así como dictamen/propuesta del organismo público competente, y, en su caso, sentencia judicial firme. Debe contener: nombre, apellidos, domicilio, y actividad laboral previa a la invalidez; causas del accidente que han motivado la invalidez; diagnóstico completo; fecha de resolución; fecha en la que se inició la incapacidad temporal que derivó en la situación de incapacidad permanente.
- b) Certificado Médico expedido por el médico que ha tratado la patología causante de la invalidez permanente en el que necesariamente se hará constar el nombre, apellidos, la edad y la profesión del inválido; la dolencia causante de la invalidez permanente y sus causas; fecha de probable inicio del proceso y fecha de inicio de la asistencia médica; nombre, apellidos, nº de colegiado y especialidad médica del facultativo; firma y fecha de expedición.
- c) Formulario 145 de comunicación de datos al pagador debidamente cumplimentado y firmado.

El Asegurador podrá solicitar cuantos documentos y certificados adicionales estime necesarios para la precisa valoración del siniestro tras la presentación de los documentos requeridos.

DUODECIMA. ASISTENCIA SANITARIA

Los gastos de asistencia sanitaria que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado, serán por cuenta de la Entidad con el límite de la indemnización prevista cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares, según la condición primera, con la limitación cuantitativa establecida y con un período máximo de cobertura de 365 días a contar desde el primer día de atención médica.

DECIMOTERCERA. TRIBUTOS

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador, del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario.

DECIMOCUARTA. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones que deriven del presente contrato prescriben en el término de cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse. (Art. 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOQUINTA. JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



DECIMOSEXTA. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS**Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas**

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

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

- 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.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES**1 Acontecimientos extraordinarios cubiertos:**

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

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

2 Riesgos excluidos:

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radioactivos.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1.a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- 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.b) anterior.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- 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 primas.
- 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 efecto 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

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.



COLABORADOR: GESTION DE RIESGOS Y PATRIMONIOS, GALIA S.L.

privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

