

Condiciones Generales Accidentes colectivo

AS
asesoria + seguros
asesoria + seguros

www.asesoriaseguros.com



Liberty
Seguros

Condiciones Generales

Accidentes Colectivo

Liberty Insurance Group, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Domicilio Social: Obenque, 2 - 28042 Madrid
R.M. de Madrid, T. 6.956, F.1, H. M-113142, C.I.F.:A-28006567

LIG ACLC1 - Diciembre 2004



Liberty
Seguros

Estimado Cliente:

Le agradecemos que haya elegido nuestra Compañía para complementar su plan de previsión personal..

Nuestro compromiso es darle el mejor SERVICIO de acuerdo con las condiciones de la póliza contratada.

Le aconsejamos que lea detenidamente las Condiciones Generales y Particulares de este contrato para conocer sus derechos y obligaciones.

Compruebe los datos que figuran en las Condiciones Particulares y si todos son correctos, remítanos firmado el ejemplar "a devolver firmado". Si algún dato no es correcto, debe comunicárnoslo para proceder a su modificación.

Estamos a su entera disposición para aclararle cualquier aspecto relacionado con su Póliza de Seguro, rogándole para ello que se ponga en contacto con su Mediador o con la Compañía.

NOTA INFORMATIVA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 30/95, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y en los artículos 104 y 107 del Reglamento que la desarrolla, se informa:

1. El control de la actividad aseguradora de la entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español.
2. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y las normas que la desarrollan.
3. LIBERTY INSURANCE GROUP, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., como entidad del Grupo Asegurador Liberty, dispone de un **Departamento de Atención al Cliente**, y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes les presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros perjudicados y Derechohabientes de los mismos podrán someter indistintamente sus quejas y reclamaciones:

- Al **Departamento de Atención al Cliente** del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido al domicilio en C/ Obenque, 2, 28042 MADRID, por fax al nº 91 301 79 60, o e-mail: atencionalcliente@libertyseguros.es
- Al **Defensor del Cliente** del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Zurbano, 10 - 2ª planta, 28010 MADRID, teléfono 91 310 40 43, por fax al nº: 91 308 49 91, o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org
- Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses desde su presentación en el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, Defensor del Cliente.
- En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el **Comisionado para la Defensa del Asegurado** y del **Partícipe en Planes de Pensiones**, mediante escrito dirigido al domicilio en Pº de la Castellana, 44, 28046 MADRID.
- Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de las entidades del Grupo Liberty, el **Reglamento para la Defensa del Cliente**, por el que se regula el funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones, la actividad y procedimientos del Departamento de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente, así como las relaciones entre ellos. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web: www.libertyseguros.es, o a través de su Mediador.

4. La entidad aseguradora LIBERTY INSURANCE GROUP, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. tiene su domicilio social en la C/Obenque nº 2, 28042 Madrid, España.
5. La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

Artículo	Página
Preliminar - Definiciones	7
1. Objeto del Seguro. Coberturas	8
2. Riesgos no cubiertos de aplicación a todas las garantías	8
3. Actividades incluidas	10
4. Actividades excluidas	11
5. Extensión del Seguro	11
6. Ámbito territorial de las coberturas	19
7. Revalorización automática	19
8. Declaraciones sobre el riesgo	21
9. Información al concertar el Seguro, reserva o inexactitud	21
10. Deber de comunicación de otros seguros	22
11. En caso de agravación del riesgo	22
12. Facultades del Asegurador ante la agravación del riesgo	22
13. Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo	23
14. En caso de disminución del riesgo	23
15. Perfección y efectos del contrato	23
16. Duración del Seguro	24
17. Pago de la prima	24
18. Siniestros - Tramitación	25
19. Determinación de la indemnización	26

Artículo	Página
20. Pago de la indemnización	26
21. Subrogación	27
22. Extinción y nulidad del contrato	28
23. Prescripción	28
24. Arbitraje	28
25. Competencia de jurisdicción	28
26. Comunicaciones	29
27. Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	29

El Tomador del seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares, o en su caso certificado de seguro, reconoce expresamente conocer las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que figuren resaltadas en negrita y las acepta de forma explícita. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Artículo preliminar

Definiciones

En este contrato se entiende por:

- **ASEGURADOR:** La sociedad Aseguradora es **Liberty Insurance Group, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.**, quien suscribe la póliza junto con el Tomador del seguro y se obliga, mediante el cobro de la correspondiente prima, al pago de la prestación correspondiente a cada una de las garantías que figuren incluidas en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- **ASEGURADO:** La persona física sobre la que se establece el seguro, titular del interés objeto del seguro, y que en defecto del Tomador del Seguro asume las obligaciones y los derechos derivados de este contrato.
- **BENEFICIARIO:** La persona, física o jurídica, titular del derecho a la indemnización.
- **PÓLIZA:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato de seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
- **PRIMA:** El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos y tasas de legal aplicación.
- **CAPITALES:** Son las cantidades que el Beneficiario tendrá derecho a percibir del Asegurador en caso de accidente cubierto por la Póliza, en relación con la garantía afectada.
- **ACCIDENTE:** Es la lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
- **FRANQUICIA:** La cantidad, porcentaje o cualquier otra magnitud pactada en Póliza que se deducirá de la indemnización que corresponda satisfacer al Asegurador en cada siniestro.
- **SINIESTRO:** Todo accidente cuyas consecuencias dañosas estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la Póliza. El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo even-

to constituye un solo siniestro.

■ **PERÍODO DE SEGURO:** Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de efecto y la del primer vencimiento de la Póliza, o bien entre dos vencimientos anuales o entre el último vencimiento anual y la cancelación de la Póliza.

■ **TERRORISMO:** Toda acción, amenaza o preparación de actos, que por su naturaleza o por las circunstancias en que se realiza estén motivados en fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, realizados por parte de cualquier persona o grupo(s) de persona(s), que actuando individualmente o en conexión con otros tenga o parezca tener por objeto:

- Intimidar o influenciar a gobiernos de jure o de facto, o a la población en general o a parte de ella.
- Alterar el funcionamiento de algún sector de la economía.

Artículo 1.

Objeto del Seguro. Coberturas

El Asegurador indemnizará al Asegurado o al Beneficiario, de conformidad con las condiciones pactadas en la póliza, con los capitales correspondientes, si el Asegurado sufre durante el período de seguro, un accidente cubierto por este contrato de seguro.

Coberturas de la Póliza

1. Muerte por Accidente.
2. Invalidez Permanente por Accidente.
3. Indemnización por Invalidez Temporal por Accidente.
4. Gastos de Asistencia Sanitaria por Accidente.
5. Muerte por Infarto de Miocardio derivado de la actividad laboral.

Artículo 2.

Riesgos no cubiertos de aplicación a todas las garantías

NO QUEDAN CUBIERTOS:

- a. Los accidentes derivados de actos intencionados y/o dolosos del Asegurado, así como el suicidio y sus tentativas.

- b. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes, según definición del artículo preliminar.
- c. Los accidentes a causa de guerra, motín, invasión, hostilidades militares haya o no declaración oficial, guerra civil, revolución o insurrección y los siniestros de carácter catastrófico y de terrorismo, amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- d. Los accidentes causados directa o indirectamente por reacción o radiación nuclear, la contaminación radiactiva y demás manifestaciones de la energía nuclear.
- e. Los accidentes sufridos por cualquier Asegurado mayor de setenta años.
- f. El riesgo de muerte para menores de catorce años. No obstante, sobre ellos se podrá contratar la cobertura de gastos de sepelio.
- g. Intoxicaciones o envenenamientos producidos por ingestión de alimentos en mal estado.
- h. El S.I.D.A., la interrupción de embarazos o partos prematuros y las enfermedades que no sean consecuencia directa de un accidente.
- i. Por patologías músculo-esqueléticas, que tengan su origen en enfermedad o proceso crónico o degenerativo.
- j. Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez etílica o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias sea la causa determinante del accidente. A estos efectos se considerará que existe embriaguez etílica cuando se superen los niveles de alcohol en sangre tolerados por la legislación vigente, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- k. Todas las consecuencias derivadas de anginas de pecho, cardiopatías e infartos de miocardio. Los infartos de miocardio solo quedarán cubiertos si contrata la cobertura 5 del artículo 1 de las Condiciones Generales, estando, en ese caso, siempre sujetos a sus condiciones y exclusiones en relación al apartado 5 del artículo 5 de las Condiciones Generales de la Póliza.
- l. Las consecuencias derivadas de “accidente vascular cerebral” (A.V.C.), por cuanto, a pesar de su coincidencia terminológica, no cumplen los requisitos de la definición de accidente en el artículo preliminar.
- m. Los accidentes ocurridos antes del pago de la primera prima.
- n. Los accidentes ocurridos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de la prima.

- o. Los accidentes causados por la participación activa del Asegurado en actos delictivos, apuestas, desafíos o riñas, salvo que en este último caso actúe en legítima defensa.**
- p. Los accidentes ocurridos al Asegurado cuando conduzca un vehículo sin estar en posesión del correspondiente permiso de conducir.**

Artículo 3.

Actividades incluidas

Quedan incluidos por las coberturas del presente seguro, los accidentes sufridos por el Asegurado practicando **como aficionado** los deportes siguientes:

- Atletismo.
- Baloncesto, Balonmano y Balonvolea.
- Caza Menor.
- Ciclismo.
- Fútbol y Fútbol Sala (**excluido Fútbol Americano**).
- Gimnasia y Culturismo.
- Golf.
- Natación y Waterpolo.
- Pelota.
- Pesca (**excluida Pesca Submarina**).
- Remo.
- Senderismo.
- Tenis, Padel, Badminton y Tenis de Mesa.
- Tiro.
- Navegación de recreo, hasta 3 millas de la costa.

Practicar un deporte como aficionado significa, que la persona que lo practica no percibe ingreso alguno por su participación en ese deporte.

Artículo 4.

Actividades excluidas

NO QUEDAN CUBIERTOS:

Los accidentes sufridos por el Asegurado practicando los deportes y/o actividades que se indican a continuación:

- a. Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte.
- b. Los accidentes que resulten de la práctica como aficionado de cualquier deporte que no se encuentre en la relación de las actividades incluidas.
- c. Como conductor de motocicletas de cilindrada superior a 50 c.c.
- d. Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, a menos que el Asegurado ocupe plaza como pasajero en aeronaves debidamente autorizadas para el transporte público de pasajeros. No obstante, quedan excluidos los accidentes viajando como miembro de la tripulación así como la realización de trabajos de fotografía aérea, fumigación u otros semejantes.
- e. Los accidentes ocurridos por la práctica de actividades notoriamente peligrosas y en especial la del toro o encierro de reses bravas y suelta de vaquillas.

Artículo 5.

Extensión del Seguro

El Asegurador pagará al Beneficiario, en caso de accidente cubierto por la Póliza, los capitales que correspondan, de conformidad con las Condiciones Particulares de la Póliza, para las siguientes garantías:

1. MUERTE POR ACCIDENTE

Si el Asegurado fallece por causa directa de un accidente cubierto por la póliza, **dentro del plazo de dos años, a contar desde la fecha del accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro**, el Asegurador indemnizará el capital pactado en las Condiciones Particulares para el riesgo de Muerte, al Beneficiario designado en la póliza.

En defecto de designación de Beneficiario, serán Beneficiarios por el orden preferente y excluyente que a continuación se detalla:

- El cónyuge no divorciado o separado de la víctima.

- Los hijos por partes iguales.
- Los padres del Asegurado por partes iguales.
- Sus herederos legales.

El Beneficiario podrá solicitar al Asegurador un anticipo a deducir de la indemnización, equivalente al **10%** de la suma asegurada para caso de Muerte por accidente, al objeto de atender los gastos urgentes derivados del fallecimiento accidental del Asegurado (sepelio, impuestos, etc.). **En ningún caso el anticipo podrá ser superior a 6.000 euros.**

Si con anterioridad al fallecimiento del Asegurado, el Asegurador hubiera abonado una indemnización por Invalidez Permanente a causa del mismo accidente, ésta cantidad será deducida de la indemnización que le corresponda abonar por esta cobertura de Muerte por Accidente.

2. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

Se entiende por Invalidez Permanente a los efectos de este contrato, la pérdida, lesión, acortamiento o impotencia funcional de algún órgano o miembro, como consecuencia de un accidente cubierto por este Seguro.

La Invalidez Permanente Absoluta es aquella que inhabilita por completo al Asegurado para toda profesión u oficio. Se considerará que existe una Invalidez Permanente Absoluta cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza sufra lesiones residuales, que de acuerdo con el baremo contemplado en la póliza resulten indemnizables con el 100% del Capital Asegurado para la cobertura de Invalidez Permanente por Accidente, y se considerará Parcial cuando no alcance dicho porcentaje.

En caso de Invalidez Permanente Absoluta o Parcial del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, **declarada dentro del plazo máximo de 2 años, a contar desde la fecha del accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, el Asegurador abonará la indemnización, que corresponda a su grado de invalidez de acuerdo con los porcentajes indicados en el baremo de la póliza, aplicados sobre el capital pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza para la Invalidez Permanente por Accidente.**

La calificación y grado de invalidez, se fijará, en todo caso de acuerdo con el baremo que más adelante se detalla y con independencia de la profesión del Asegurado o de cualquier resolución médica o sentencia sobre el particular dictada por un Tribunal Laboral o Penal.

BAREMO PARA VALORAR EL GRADO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Lesiones permanentes	Porcentaje
Cráneo	
Enajenación mental incurable, que excluya cualquier trabajo	100%
Estado vegetativo persistente o muerte cerebral completa	100%
Trastornos postconmocionales, síndrome subjetivo de traumatismo craneal	15%
Alteración del habla sin posibilidad de comunicación	30%
Epilepsia postraumática que requiera tratamiento continuado	20%
Amnesia total postraumática	40%
Cara	
Pérdida del maxilar superior	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida de la nariz	30%
Pérdida del olfato	10%
Amputación de la lengua	30%
Pérdida del gusto	10%
Pérdida de los dos ojos o ceguera absoluta	100%
Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo	30%
Pérdida del pabellón auditivo unilateral	10%
Sordera completa de los dos oídos	60%
Sordera completa de un oído	20%
Tronco	
Fractura con consolidación viciosa de costillas y/o esternón	3%
Fractura con consolidación viciosa de clavícula	5%
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30%
Traqueotomizado permanente con cánula	30%

Mamectomía unilateral	15%
Mamectomía bilateral	30%
Abdomen y pelvis	
Pérdida total del bazo	15%
Pérdida de un riñón	25%
Pérdida de dos riñones	70%
Destrucción completa del pene	35%
Pérdida traumática de un testículo	15%
Pérdida traumática de los dos testículos	30%
Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	35%
Pérdida de la matriz	30%
Pérdida de un ovario	15%
Pérdida de los dos ovarios	30%
Columna cervical	
Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	25%
Columna dorso lumbar	
Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación superior al 30%	25%
Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación inferior al 30%	15%
Afectación traumática de una vértebra o un disco intervertebral	5%
Extremidades superiores	
– Pérdida funcional completa o amputación:	
De ambos brazos o ambas manos	100%
De una mano o un brazo y un pie o una pierna	100%
De un brazo	75%
De una mano por la muñeca	60%
Del dedo pulgar	22%
Del dedo índice	15%
De uno de los demás dedos de la mano	10%

– Pérdida total de movimiento:

Del hombro	25%
Del codo	20%
De la muñeca	15%

Extremidades inferiores

– Pérdida funcional completa o amputación:

De ambas piernas o pies	100%
De un pie o una pierna y de una mano o de un brazo	100%
De una pierna por encima de la rodilla	75%
De una pierna por debajo de la rodilla	60%
De un pie	50%
Del dedo gordo de un pie	10%
De uno de los demás dedos del pie	5%

– Pérdida total de movimiento:

De la cadera	30%
De la rodilla	25%
Del tobillo	20%

– Acortamiento de un miembro:

Inferior a 3 cm.	10%
Superior a 3 cm.	15%
Fractura no consolidada	20%

Sistema nervioso o central

Paraplejía, Tetraplejía o Hemiplejía completa	100%
---	------

Para las lesiones no previstas en el baremo anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía con los porcentajes señalados.

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro, equivale a la pérdida total del mismo.

Las pérdidas anatómicas o funcionales de carácter parcial se fijarán proporcionalmente en relación con la pérdida absoluta del órgano o miembro afectado.

La suma de diversas pérdidas parciales, con referencia a un mismo miembro u órgano, no superará el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida absoluta del mismo.

El grado de invalidez, cuando un mismo accidente cause diversas lesiones al Asegurado, se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin que en ningún caso la indemnización pueda sobrepasar el 100% del Capital Asegurado para la garantía de Invalidez Permanente por Accidente.

Si un miembro afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre la invalidez preexistente y la que resulte del accidente.

Si con posterioridad a que el Asegurador hubiera indemnizado al Asegurado por una Invalidez Permanente Parcial, se declarase la Invalidez Permanente Absoluta a consecuencia del mismo accidente, el Asegurador indemnizará la diferencia entre el importe indemnizado y el Capital Asegurado para esta cobertura.

3. INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TEMPORAL POR ACCIDENTE

Mediante la contratación de esta cobertura, el Asegurador abonará al Asegurado, por mensualidades vencidas, la cantidad pactada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por cada día de baja total, con sujeción a las siguientes normas:

- Se entiende por **Invalidez Temporal**, la situación que imposibilita al Asegurado, para la realización de su trabajo como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.
- El período máximo de indemnización de esta garantía será de 365 días a contar desde la fecha del accidente.
- La indemnización diaria por Invalidez Temporal cesará en el momento en el que se haya declarado la Invalidez Permanente.
- En pólizas de duración inferior a un año, el período máximo de indemnización quedará limitado al número de días comprendido en el período de seguro.
- Cuando la persona asegurada ejerza una profesión manual, la indemnización le será satisfecha mientras la invalidez temporal le impida dedicarse a su trabajo habitual.
- Cuando la persona asegurada ejerza una profesión no manual o no desempeñe trabajo alguno, la cantidad diaria le será satisfecha mientras la invalidez temporal le impida abandonar su domicilio, reduciéndose a la mitad en el momento en que pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o abandone su domicilio.

- Los partes de baja y alta médica deberán ser confeccionados por los facultativos designados por el Asegurador.

4. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

Mediante la contratación de ésta cobertura, el Asegurador tomará a su cargo hasta el total restablecimiento del Asegurado **y como máximo durante el plazo de un año a contar desde la fecha del accidente**, el pago de los gastos de Asistencia Sanitaria que precise el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, de acuerdo con las condiciones siguientes:

- La cuantía de los Gastos de Asistencia Sanitaria se limita por cada siniestro al capital indicado en las Condiciones Particulares.
- El Asegurado podrá elegir los facultativos o centros sanitarios que prefiera, no existiendo límite diario de gastos.
- Se consideran **incluidos** en ésta cobertura:
 - Los gastos de traslado, inmediatamente posteriores al accidente y **de absoluta necesidad para la debida asistencia del accidentado**.
 - Los gastos farmacéuticos y de hospitalización en clínicas, centros médicos y hospitales.
 - Los gastos por adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, óptica y/o acústica que necesite el Asegurado, como consecuencia de un accidente, por prescripción médica. **Para esta prestación se establece el límite de 3.000 euros.**
 - Los gastos de desplazamiento del Asegurado, cuando por indicación del facultativo que le asista y **previa autorización del Asegurador**, haya de ser tratado o examinado en población distinta a la de su residencia.
 - Los gastos médicos, honorarios profesionales, material quirúrgico, estancia en clínica y prótesis, si el Asegurado decide someterse a una operación a fin de reparar o corregir defectos o menoscabos que deforman el aspecto físico del Asegurado de forma permanente, ocasionados en un accidente amparado por la póliza. **Para esta prestación se establece el límite de 3.000 euros.**

Será necesario que la operación y tratamiento se realice dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.

5. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO DERIVADO DE LA ACTIVIDAD LABORAL

Se entenderá como muerte por Infarto de Miocardio, el paro cardiaco, siempre y cuando sea la primera y única manifestación conocida de enfermedad cardio-circulatoria.

Mediante la contratación de esta cobertura opcional, el Asegurador indemnizará al Beneficiario con el Capital establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta garantía, **en caso de fallecimiento del Asegurado por infarto de miocardio ocurrido como consecuencia directa y exclusiva del desarrollo de su actividad laboral.**

El infarto de miocardio, únicamente será considerado como accidente cuando:

- Sea calificado como accidente laboral por la Mutua de Accidentes del Trabajo correspondiente, siempre que el Asegurado tenga derecho a las prestaciones de la Seguridad Social.
- El Asegurado no tenga derecho a las prestaciones de la Seguridad Social; siempre que así lo acuerden el médico designado por el Beneficiario y el designado por el Asegurador, en base a los criterios que esté aplicando para este hecho la Seguridad Social.

El Asegurador podrá solicitar información que considere necesaria y efectuar las pruebas médicas oportunas para la valoración del accidente.

En caso de accidente cubierto por esta garantía, el Beneficiario deberá aportar la documentación prevista a estos efectos en el Artículo 18 para la garantía de Muerte por Accidente, de las Condiciones Generales de la Póliza.

NO QUEDAN CUBIERTOS:

- a. Los infartos de miocardio o paros cardiacos derivados de enfermedades y/o anomalías cardio-circulatorias. En ningún caso, será objeto de cobertura la muerte del Asegurado que, aún ocurrida durante el período de vigencia del seguro, tenga su causa directa en un infarto de miocardio sufrido con anterioridad a la vigencia de la póliza.
- b. Las indemnizaciones por incapacidad temporal a consecuencia de infarto o paro cardiaco.
- c. Los gastos de Asistencia Médico-farmacéutica y hospitalaria a consecuencia de Infarto o paro cardiaco.

Esta garantía queda anulada automáticamente al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla 60 años.

Artículo 6.

Ámbito territorial de las coberturas

Este seguro es válido en todo el mundo para las coberturas:

1. Muerte por Accidente.
2. Invalidez Permanente por Accidente.
3. Indemnización por Invalidez Temporal por Accidente.
5. Muerte por Infarto de Miocardio derivado de la actividad laboral.

El ámbito territorial se limita al Territorio Español para la cobertura:

4. Gastos de Asistencia Sanitaria por Accidente.

No son objeto de cobertura fuera del Territorio Español, los accidentes a causa de terrorismo, sin perjuicio de la cobertura de riesgos extraordinarios acaecidos en España otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Si el Asegurado traslada su domicilio al extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad del seguro en curso, en aquel momento.

Artículo 7.

Revalorización automática

1. Conceptos a los que se aplica

Salvo pacto expreso en contrario en las Condiciones Particulares, los capitales asegurados y la prima correspondientes a las coberturas Muerte por Accidente, Invalidez Permanente por Accidente y Gastos de Asistencia Sanitaria por Accidente del artículo 5, quedarán modificados en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones, que experimente el Índice General de Precios al Consumo, que publica el Instituto Nacional de Estadística.

Los efectos de la revalorización automática son de aplicación únicamente a las sumas aseguradas y, en consecuencia, no son de aplicación a las cantidades fijas establecidas como límite de cobertura, ni a los límites porcentuales ni a las franquicias.

2. Actualización

Los nuevos capitales asegurados y la prima neta anual, quedarán establecidos en cada vencimiento anual multiplicando los que figuren en la póliza por el valor que resulte de dividir el Índice de Vencimiento entre el Índice Base.

Se entiende por:

- **Índice Base:** El Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística, correspondiente al último mes de junio anterior a la fecha de emisión de la póliza, y que obligatoriamente ha de consignarse en la misma.
- **Índice de Vencimiento:** El que se indica en cada recibo de prima y que corresponde al mes de junio anterior al vencimiento anual de la póliza que haya sido publicado por dicho organismo.

3. Renuncia a la Revalorización Automática

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán oponerse a la Revalorización Automática, manifestándolo previamente al Asegurador por escrito, al menos dos meses antes del vencimiento anual de la póliza.

BASES DEL CONTRATO

Artículo 8.

Declaraciones sobre el riesgo

- La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador en su caso, en unión de esta Póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, **que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados.**
- Si el contenido de la Póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza.
- El contrato de seguro y sus modificaciones deberán estar formalizados por escrito.

Artículo 9.

Información al concertar el Seguro, reserva o inexactitud

- La presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro, de acuerdo con la Solicitud y cuestionario que le ha sometido el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por éste, la asunción de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.
- En caso de reserva o inexactitud del Tomador del Seguro, **el Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro o al Asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. En el momento en que el Asegurador realice esa declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.**
- Si el siniestro sobreviniera antes de que el Asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Artículo 10.

Deber de comunicación de otros seguros

El Tomador del Seguro o el Asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al Asegurador la existencia de otras pólizas de Accidentes que se refieran a la misma persona asegurada

El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir del capital asegurado cantidad alguna por este concepto.

Artículo 11.

En caso de agravación del riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Artículo 12.

Facultades del Asegurador ante la agravación del riesgo

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

Artículo 13.

Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo

- Si sobreviniere un siniestro sin haber realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador del Seguro o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, **la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**
- En caso de agravación del riesgo durante la vigencia de la Póliza que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindido el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, el Asegurador hará suya la totalidad de la prima cobrada. Si dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al período que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

Artículo 14.

En caso de disminución del riesgo

- El Tomador del Seguro o Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.
- En tal caso, al finalizar el período de seguro cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción que corresponda, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución de la Póliza y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento del Asegurador de la disminución del riesgo.

Artículo 15.

Perfección y efectos del contrato

- El contrato de seguro se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya satisfecho el recibo de la prima**, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

Artículo 16.

Duración del Seguro

- Las garantías de la Póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares de la misma.
- A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, ésta se entenderá prorrogada por el plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.
- El importe de las tasas y/o primas aplicables será revisado cada año por el Asegurador con carácter general, en base los principios de equidad y suficiencia establecidos en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El criterio para determinar la nueva prima se fundamentará en estudios de carácter actuarial, sobre la base de los siguientes factores: a) Costes de los siniestros. b) Frecuencia de siniestralidad. c) Coste de gestión de los siniestros.

El Tomador del seguro acepta expresamente, que la prórroga del contrato de seguro se efectúe en las condiciones que establezca el Asegurador, según se indica en el párrafo precedente.

- Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de antelación de dos meses a la conclusión del período de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por períodos inferiores a un año.

Artículo 17.

Pago de la prima

1. Tiempo del pago

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

En caso de que la Póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del Seguro podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquélla deba tomar efecto.

2. Lugar del pago

Si en las Condiciones Particulares de la Póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de efectuarse en el domicilio del Tomador del Seguro.

3. Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del Tomador del Seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva con base en la Póliza. **En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, 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, la cobertura del Asegurador quedará 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 en curso.

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

Artículo 18.

Siniestros - Tramitación

- El Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, siendo reclamables por el Asegurador los daños y perjuicios que la falta de esta declaración origine, salvo que se demuestre que el Asegurador tuvo conocimiento por otro medio.
- El Tomador del Seguro, Beneficiario o el Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización, o el rehusé del siniestro sólo se producirá en caso de concurrir dolo o culpa grave.

En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación, salvo pacto en contrario, deberá hacerse a cada uno de ellos con indicación del nombre de cada uno de los demás, de acuerdo con lo antes expresado en este mismo artículo. Si por dolo se omitiera esta comunicación, los Aseguradores no están obligados a pagar esta indemnización.

- El Asegurado o Tomador del Seguro deberá someterse a reconocimientos médicos por cuenta del Asegurador, tantas veces como éste lo considere oportuno, así como facilitar cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario, desligando, a tal fin, del secreto profesional a todos los médicos que hayan visitado o atendido al Asegurado.
- El Asegurado, Beneficiario o Tomador del Seguro deberá aportar toda la documentación relacionada con el accidente que el Asegurador considere necesaria.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o el certificado médico de defunción.
- Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones, o de la liquidación si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.
- El certificado de autopsia, si esta se ha realizado.

Artículo 19.

Determinación de la indemnización

- Los capitales asegurados para cada una de las garantías pactadas, representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en cada siniestro.
- El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto del Asegurado, y la indemnización sólo podrá tener como base el perjuicio real.

Artículo 20.

Pago de la indemnización

En caso de siniestro, el pago de la indemnización se ajustará a las siguientes normas:

- Recibida la documentación necesaria y efectuadas las comprobaciones oportunas, el Asegurador determinará las indemnizaciones que resulten debidas, lo comunicará a los interesados y, después de recibir su aceptación procederá al pago.

- La indemnización se satisface en España, en moneda española.
- **En caso Fallecimiento por Accidente, el Asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante de la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones u otros tributos que en lo sucesivo puedan gravar la indemnización.**
- **El Asegurador no está obligado a abonar anticipos, salvo lo dispuesto en el artículo 5, apartado 1 para el caso de Muerte por Accidente o cuando se contemple lo contrario en la póliza.**
- Excepto pacto en contrario, **el Asegurador en casos de invalidez, no fijará la indemnización debida al Asegurado hasta que el mismo no haya sido dado de alta por los facultativos que le atienden.**
- Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiese indemnizado el daño o no hubiere procedido al pago del importe mínimo que pueda deber, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, la indemnización se verá incrementada por mora del Asegurador con el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No habrá lugar a la indemnización por mora del Asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuera imputable.

Artículo 21.

Subrogación

- El Asegurador, únicamente por el importe de los pagos que hubiera efectuado por la garantía de Gastos de Asistencia Sanitaria por accidente y de conformidad con el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente.
- El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado.
- **El Asegurado responderá ante el Asegurador de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

- El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas, cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea respecto del Asegurado pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado.

Lo indicado en el párrafo anterior no tendrá efecto si la responsabilidad del siniestro proviene de una acción u omisión dolosa del Asegurado o si la responsabilidad del mismo está amparada por un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación se limitará a la cobertura garantizada por el mismo.

Artículo 22.

Extinción y nulidad del contrato

- Si durante la vigencia de la Póliza se produjera el Fallecimiento o Invalidez Permanente Absoluta, desde ese momento el contrato de seguro, quedará extinguido y el Asegurador tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.
- El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Artículo 23.

Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años.

Artículo 24.

Arbitraje

Si las dos partes no estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.

Artículo 25.

Competencia de jurisdicción

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

Artículo 26.

Comunicaciones

- Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del Seguro o el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la Póliza, pero si se realizaran a un Agente de Seguros surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado a aquél. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo pacto en contrario.
- Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieren notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.
- Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizaran éstos, salvo indicación en contrario de los mismos.
- Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o Asegurado, se podrán realizar a través del mediador de seguros que hubiese intervenido en la Póliza.

Artículo 27.

Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

DAÑOS EN LAS PERSONAS

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre (BOE de 20 de diciembre), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto legal, 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 también los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el asegurado hubiese satisfecho, a su vez, 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 (Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal), o porque, hallándose la Entidad aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 (modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, y por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de 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 tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- 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.
- 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, 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

El Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de periodo de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

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 deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se pro-

dujo el siniestro, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página web del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

a. Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

- Fotocopia del D.N.I./N.I.F del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Fotocopia de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b. Muerte:

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del D.N.I./N.I.F del posible beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.

- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

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.