

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Accidentes Personales Individual

ÍNDICE

Páginas

■	INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	1
■	1. CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO.....	2
■	2. DEFINICIONES	2
■	3. OBJETO DEL SEGURO	3
■	4. HECHOS EXCLUIDOS DEL SEGURO	3
■	5. PERSONAS NO ASEGURABLES.....	4
■	6. BASES DEL CONTRATO	5
■	7. INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO.....	5
■	8. DECLARACIÓN DEL RIESGO E INDISPUTABILIDAD	5
■	9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	5
■	10. PRIMAS	5
■	11. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	6
■	12. GARANTÍAS DEL SEGURO	6
■	13. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.....	8
■	14. PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES.....	9
■	15. ÁMBITO TERRITORIAL.....	9
■	16. TRIBUTOS	9
■	17. COMUNICACIONES.....	9
■	18. PRESCRIPCIÓN.....	9
■	19. JURISDICCIÓN	9
■	20. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS	9

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

■	Atención al Asegurado:	902 360 868 / 91 523 63 45
■	Fax Antares:	91 483 16 46
■	E-mail:	clientesantares@telefonica.com
■	Internet:	www.segurosyfondos.com
■	Dirección Antares:	Seguros de Vida y Pensiones Antares, S.A. Distrito Telefónica Ronda de la Comunicación, s/n 28050 Madrid



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento de desarrollo y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y Particulares.

El control y supervisión de la actividad de Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A. corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 8.072, General 7.003, Sección 3ª del libro de sociedades, Folio 197, hoja número 77.630/1, Inscripción 1ª. Tiene su domicilio en España, sito en Distrito Telefónica Ronda de la Comunicación s/n 28050 Madrid, y tiene como número de identificación fiscal A78586344.

La Entidad aseguradora opera bajo la forma jurídica de Sociedad Anónima.

Las vías de solución extrajudicial de las reclamaciones frente a la actuación de la Entidad aseguradora son el Servicio de Reclamaciones de la Entidad, el Defensor del Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Tramitación de las quejas y reclamaciones

ANTARES dispone de un Servicio de Reclamaciones y de un Defensor del Cliente, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, conforme al procedimiento previsto legalmente.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones:

- Al Servicio de Reclamaciones mediante escrito dirigido a Ronda de la Comunicación s/n Distrito Telefónica, 28050 Madrid, por fax 91 483 16 46, o e-mail: reclamacionesantares@telefonica.com
- Al Defensor del Cliente, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Velázquez, 80, 1ºD, 28001 Madrid, por fax 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 máximo de dos meses desde su presentación.

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 Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos 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 la entidad aseguradora, el Reglamento para la Defensa del Cliente, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web www.antares.es

DEFINICIONES.

SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A.

La Entidad aseguradora que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.



Tomador.

La persona natural o jurídica que asume las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado, y que suscribe este contrato con la Entidad aseguradora.

Asegurado.

Es la persona física sobre la que se estipula el seguro.

Beneficiario.

Para las garantías de invalidez es el Asegurado y para la de fallecimiento el designado por el Tomador del seguro.

Prima.

Es el precio del seguro.

Póliza.

El documento que regula el seguro, integrado por las Condiciones generales y las Particulares, y, en su caso, sus Suplementos o Apéndices. También forma parte del contrato la solicitud cumplimentada por el Tomador y las declaraciones formuladas por el Tomador y el Asegurado, su declaración de salud y, en su caso, el reconocimiento médico.

Siniestro.

La ocurrencia de un acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas.

Suma asegurada.

Es el límite máximo de la indemnización que está obligado a pagar la Entidad aseguradora en caso de siniestro.

Periodo de carencia.

Periodo comprendido entre la fecha de efecto de la póliza y una posterior determinada, durante el cual no surte efecto la garantía a la que sea aplicable.

Accidente.

Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado que produzca invalidez permanente o muerte inmediatamente o **dentro del periodo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente.**

Así mismo tienen la consideración de accidentes:

- el ahogamiento y la asfixia.
- torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos.
- estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de un accidente - heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones-

No tendrán la consideración de accidente los infartos y otros episodios cardiovasculares aun cuando sean declarados como accidente laboral por los organismos competentes.

Invalidez permanente.

La pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro.

Centro Hospitalario.

Establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia sanitaria veinticuatro (24) horas del día y cuente con las instalaciones necesarias para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran centro hospitalario: balnearios, termas, asilos, residencias, casa de reposo o centros para el internamiento o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

Hospitalización.

Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica y utilice, por lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Rehabilitación.

Procesos destinados a la recuperación funcional de órganos o miembros afectados por una lesión derivada de un accidente.

OBJETO DEL SEGURO.

La Entidad aseguradora asume la cobertura de los riesgos que se enumeran a continuación, **siempre y cuando consten pactados en las Condiciones particulares**

- Muerte por accidente.
- Fractura ósea por accidente.
- Quemadura por accidente.
- Invalidez Permanente Parcial por accidente.
- Indemnización por hospitalización por accidente.
- Asistencia Domiciliaria por accidente.
- Rehabilitación por accidente.

HECHOS EXCLUIDOS DEL SEGURO.

- **Se excluyen las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto, que se manifiesten transcurrido un año desde la fecha de ocurrencia del mismo.**
- **El suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente, las autolesiones y actos provocados de forma intencionada por el Asegurado.**
- **Los producidos bajo la influencia del alcohol o cualquier droga, estupefaciente, o abuso de productos farmacéuticos o en estado de enajenación mental. A estos efectos, se considera que concurre alcoholemia cuando se supere el límite de la tasa de alcohol establecido por la legislación vigente para la circulación de vehículos.**
- **Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos, apuestas o riñas, siempre que en este último caso no hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**



- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según la definición de este condicionado, así como los que violen cualquier disposición legal.
- Los ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado carece de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas o ciclomotores, sea como conductor o como ocupante, salvo que estos sean de una cilindrada igual o inferior a 250 cc.
- Los ocurridos a profesionales de aviación y personas que realicen alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc.) y a los militares en acto de servicio en las aeronaves del Estado.
- Los ocurridos durante el servicio militar o interviniendo en maniobras militares navales, terrestres o aéreas.
- Los ocurridos a personas transportadas en aeronaves de propiedad particular o de capacidad inferior a 30 plazas.
- Las consecuencias directas o indirectas de participar en misiones humanitarias o como médico de ambulancias.
- Los que sean consecuencia de corrientes eléctricas de alta tensión.
- Los siniestros producidos como consecuencia de:
 - El Ejercicio profesional o amateur remunerado y/o con carácter de competición de deportes (entrenamientos, ensayos y pruebas).
 - El Ejercicio no profesional de los deportes notoriamente arriesgados o que precisen la utilización de aparato con motor.
 - La práctica de artes marciales y lucha, como son los siguientes: Boxeo, Judo, Karate y cualquier otro tipo de lucha corporal.
 - La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros y planeadores y similares).
 - La práctica del automovilismo y del motociclismo.
 - La práctica del montañismo o el alpinismo, la escalada, la travesía de glaciares y la espeleología y en general actividades de montaña o nieve fuera de las pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a 3000 m.
 - El ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
 - El ejercicio de la caza mayor fuera del territorio español.
 - La práctica de navegación marítima de placer a más de 20 millas náuticas de un refugio costero o práctica de submarinismo a más de 20 m. de profundidad.
 - La práctica de puenting, rafting, goming o salto con cuerda elástica.
- Toda actividad en zona desértica.

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro algunos de los riesgos previstos anteriormente. A tales efectos es necesaria una estipulación expresa en

las Condiciones Particulares y el pago de la sobreprima correspondiente.

Asimismo, no están comprendidos en los riesgos de accidentes los siguientes hechos:

- Las enfermedades de cualquier naturaleza, el infarto de miocardio, así como las lesiones corporales u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto por esta póliza.
- Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.
- Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.
- Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.
- Las enfermedades infecciosas, como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos.
- Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.
- Las secuelas de curas, tratamientos de cirugía estética, salvo los resultantes de la superación de un accidente cubierto por el contrato.

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morbooso, preexistente o sobrevenido después de ocurrir aquél y por una causa independiente del mismo, el Asegurador sólo responderá de los efectos que habría probablemente tenido el accidente sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morbooso.

PERSONAS NO ASEGURABLES.

No podrán acceder a este seguro las personas menores de 14 años y mayores de 80 años. A la terminación del período en el que el asegurado cumpla 90 años de edad se extinguirán automáticamente todas las garantías del seguro.

Tampoco podrán ser asegurados las personas invidentes, paralíticas, sordas, las que padezcan epilepsia, los afectados de enajenación mental, las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza, las que padecen ataques de delirium tremens, las personas alcohólicas y toxicómanas, las enfermas de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica, que a juicio de la Entidad aseguradora, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

Además quedan excluidas del seguro aquellas personas aquejadas de miopía entre 8 y 12 dioptrías, quedan excluidos los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina aunque se haya provocado a consecuencia de un accidente cubierto.



De presentarse cualquiera de las enfermedades o estados descritos en el apartado anterior, el seguro queda, de derecho, cancelado desde ese momento, debiendo el Tomador del seguro, el Beneficiario o los derechohabientes, a través de la carta certificada, ponerlo en inmediato conocimiento de la Entidad aseguradora, restituyendo la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

BASES DEL CONTRATO:

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora 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 reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO:

1. El contrato entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones particulares, siempre que haya sido firmado por las partes y el Tomador haya pagado el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario.
2. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.
3. Esta modalidad de Seguro se contrata por un año de duración, entendiéndose prorrogado por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie por escrito con un mes de antelación a su inmediato vencimiento en el caso del Tomador y de dos meses si la denuncia la formula el Asegurado.
4. En todo caso el contrato se extinguirá por alguna de las siguientes causas:
 - Muerte del asegurado.
 - Cuando el Asegurado cumpla la edad de 90 años.
 - Cuando con ocasión de uno o varios siniestros en la misma anualidad se haya indemnizado el 100% de la suma asegurada, conforme al apartado 11 de estas Condiciones.
 - Cuando con ocasión de uno o varios siniestros durante toda la vigencia del seguro se haya indemnizado al asegurado por el riesgo de hospitalización con el límite máximo establecido en las Condiciones particulares, conforme al apartado 11 de estas Condiciones.
5. El tomador del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un medio que deje constancia de la misma, produciendo sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.
6. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en

curso, cualquier modificación del contrato de seguro, siendo plenamente eficaces si en dicho plazo no se opone a las mismas.

DECLARACIÓN DEL RIESGO E INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA:

El tomador del seguro, o en su caso el asegurado, tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un plazo más breve en la póliza y, en todo caso salvo que el tomador o el asegurado del seguro hayan actuado con dolo.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Tomador del seguro o el Asegurado tiene la obligación de comunicar al Asegurador, durante la vigencia del contrato, tan pronto como le sea posible la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario o declaración de salud que agraven el riesgo, como el cambio de ocupación o de actividad del Asegurado.

En ningún caso tiene la consideración de agravación del riesgo la pérdida de salud.

PRIMAS:

1. La prima será exigible por anticipado el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Entidad aseguradora y en el lugar designado al efecto en Condiciones Particulares. A efecto de su cobro dicha prima podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las bases técnicas.
2. El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual. En caso de siniestro, el Asegurador deducirá de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.
3. En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas o fracción, la cobertura de la Entidad aseguradora queda

suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido y sin posibilidad de rehabilitación por parte del Tomador.

Si la Entidad aseguradora opta por exigir el pago de la prima, ésta se circunscribirá al importe del período en curso y la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El tomador podrá designar beneficiario en la solicitud de seguro, en una posterior declaración escrita comunicada a la Entidad aseguradora o en testamento.

Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá modificar la designación de beneficiario anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad aseguradora.

En caso de fallecimiento del Asegurado sin designación expresa de beneficiarios, se aplicará el siguiente orden de prelación: el cónyuge superviviente, a falta de éste, los hijos supervivientes del Asegurado, a falta de éstos, los padres supervivientes del Asegurado y a falta de éstos, los herederos del Asegurado que sean personas físicas.

GARANTÍAS DEL SEGURO.

Las garantías de **muerte por accidente, fracturas, quemaduras e invalidez permanente** se encuentran cubiertas con una indemnización cuya cuantía vendrá determinada por las normas que a continuación se establecen y por la suma asegurada que se pacte en las Condiciones Particulares. Las indemnizaciones correspondientes a estas garantías no podrán superar el 100% de la suma asegurada por un mismo accidente o por varios accidentes cuando éstos se produzcan en la misma anualidad.

Cuando con ocasión de uno o varios accidentes en una misma anualidad se haya indemnizado con el 100% de la suma asegurada el seguro quedará anulado y sin efecto.

La **garantía de hospitalización** se encuentra garantizada con la indemnización por día de hospitalización pactada en estas Condiciones, con un máximo de días por accidente. Esta garantía tiene una cobertura anual máxima y una cobertura global para toda vigencia del contrato en los importes que figuren en las referidas Condiciones. Cuando se alcance esta última cuantía el contrato quedará anulado y sin efecto.

Las garantías de asistencia domiciliar y rehabilitación se encuentran cubiertas por las prestaciones asistenciales que a continuación se establecen. Estas garantías no computan en la suma asegurada ni en las anteriores cuantías de la garantía de hospitalización.

Muerte accidental.

Se entiende por muerte accidental la sobrevenida a consecuencia de un accidente cubierto por el seguro que determine el fallecimiento del asegurado de forma inmediata o en el plazo 90 días desde su acaecimiento. Si se hubiera indemnizado al asegurado por cualquiera de las otras garantías pactadas por el mismo accidente o por otros en la misma anualidad la indemnización de fallecimiento se deducirá con el importe de las indemnizaciones satisfechas hasta alcanzar el 100% de la suma asegurada.

El pago de esta indemnización determina la anulación del seguro.

Fracturas.

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por el seguro el asegurado sufra por una fractura ósea, la Entidad aseguradora pagará la parte proporcional de la suma asegurada que resulte de aplicar el porcentaje que corresponda según el siguiente cuadro:

Fractura	Porcentaje de indemnización
Cadera, fémur, pelvis	70%
Columna vertebral	50%
Cráneo	35%
Tibia, peroné, tobillo, hueso del tronco (costillas, clavícula, omóplato, esternón)	30%
Huesos faciales	20%
Húmero, radio, cúbito	15%
Fractura de huesos distintos de los anteriores	10%

La indemnización total pagadera por varias fracturas causadas por un mismo accidente se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicha indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

Las indemnizaciones satisfechas en otras garantías por el mismo accidente y las derivadas de distintos accidentes durante una misma anualidad no podrán exceder del 100% de la suma asegurada. **Cuando con ocasión de uno o varios siniestros en la misma anualidad se haya indemnizado el 100% de la suma asegurada la póliza quedará totalmente anulada.**

Quemaduras.

Cuando el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro sufra quemaduras en el cuerpo, la Entidad aseguradora pagará la parte proporcional de la suma asegurada que resulte de aplicar el porcentaje que corresponda según el siguiente cuadro:

27 % o más de la superficie corporal	50,0%
18 % o más de la superficie corporal	32,5%
9 % o más de la superficie corporal	17,5%
4,5 % o más de la superficie corporal	10,0%

Las indemnizaciones satisfechas en otras garantías por el mismo accidente y las derivadas de distintos accidentes durante una misma anualidad no podrán exceder del 100% de la suma asegurada. **Cuando con ocasión de uno o varios siniestros en la misma anualidad se haya indemnizado el 100% de la suma asegurada la póliza quedará totalmente anulada.**

Invalidez Permanente por accidente.

Cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por el seguro sufra de forma inmediata o en el plazo 90 días desde su acaecimiento la pérdida anatómica o la disminución funcional de carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro, la Entidad aseguradora pagará la parte proporcional de la suma asegurada que resulte de aplicar el porcentaje de incapacidad que corresponda según el siguiente cuadro:

Lesión	Derecho%	Izquierdo%
Pérdida total de ambos brazos	100	
Pérdida total de un brazo y una pierna	100	
Pérdida total de ambas piernas	100	
Ceguera absoluta	100	
Parálisis completa	100	
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100	
Pérdida total del brazo o la mano	70	60
Pérdida total del movimiento del hombro	30	25
Pérdida total del movimiento del codo	25	20
Pérdida total del movimiento de la muñeca	25	20
Pérdida del pulgar y el índice de la mano	50	40
Pérdida total de los tres dedos de la mano comprendidos el pulgar o el índice	35	30
Pérdida total de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida total del pulgar y otro dedo de la mano que no sea el índice	30	25
Pérdida total del índice y de otro dedo de la mano que no sea el pulgar	20	17
Pérdida total únicamente del pulgar	22	18
Pérdida total únicamente del índice	15	12
Pérdida total del dedo corazón, del anular o el meñique de la mano	10	8
Pérdida total de dos de estos últimos dedos de la mano	15	12
Pérdida total de una pierna o de un pie	60	
Pérdida total del pulgar del pie	12	
Pérdida total de un dedo del pie que no sea el pulgar	7	
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	50	
Fractura no consolidada de una pierna o de un pie	20	
Fractura no consolidada de una rotura	15	
Ablación de la mandíbula inferior	30	
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular a la mitad	40	
Si la visión del otro estaba perdida antes del accidente	50	
Sordera completa e incurable de los dos oídos	50	
Sordera completa de un oído	15	

Si la sordera del otro existía antes del accidente	20
Pérdida total del movimiento de una cadera, de una rodilla o de un tobillo	20
Reducción de por lo menos cinco centímetros de un miembro inferior	15

En caso que el Asegurado hubiera declarado ser zurdo, se aplicará el baremo en sentido inverso.

En los supuestos no enumerados en este cuadro y cuando la limitación o la pérdida de miembro u órgano de los indicados sea parcial la indemnización se fijará en proporción a su gravedad comparándola con la de los casos previstos.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el Asegurado tiene derecho a la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez permanente preexistente y al que resultase después del accidente.

La indemnización total pagadera por varias pérdidas o inutilizaciones de miembros causadas por un mismo accidente se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicha indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

La indemnización total pagadera por varias pérdidas o inutilizaciones de miembros causadas por distintos accidentes ocurridos en la misma anualidad, no podrá exceder del 100% de la suma asegurada.

Las indemnizaciones satisfechas en otras garantías por el mismo accidente y las derivadas de distintos accidentes durante una misma anualidad no podrán exceder del 100% de la suma asegurada. **Cuando con ocasión de uno o varios siniestros en la misma anualidad se haya indemnizado el 100% de la suma asegurada la póliza quedará totalmente anulada.**

La Entidad aseguradora fijará el grado de invalidez permanente una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo.

Hospitalización.

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por el seguro el Asegurado sea hospitalizado percibirá por cada día de hospitalización el importe diario pactado en las Condiciones Particulares, con el máximo de días que se pacte en dichas condiciones.

Esta garantía tiene un período de carencia de tres días.

Opción Contratada	Límites	
Opción A (Suma Asegurada 10.000 €)	100 €/día máximo 5 días	importe anual máximo 1.500 € importe global máximo 6.000 €
Opción B (Suma Asegurada 20.000 €)	200 €/día máximo 5 días	importe anual máximo 3.000 € importe global máximo 12.000 €



La hospitalización debe tener lugar dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente y debe ser consecuencia directa del mismo.

Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que utilice por lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Ayuda Domiciliaria.

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por el seguro el Asegurado se encuentre permanentemente en su domicilio habitual por prescripción médica de más de 5 días de inmovilización, la Entidad aseguradora le prestará los siguientes servicios para atender a las necesidades domésticas. La inmovilización debe tener lugar dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente y debe ser consecuencia directa del mismo.

1.- Limpieza del hogar:

Se asignará un proveedor para realizar la limpieza del hogar del asegurado.

2.- Servicio de compras:

Se asignará un proveedor para el servicio de compras y recados de primera necesidad.

3.- Servicio de lavandería:

Se asignará un proveedor para realizar servicios de lavandería, secado y planchado, y limpieza de calzado.

4.- Servicio de apoyo y cuidados:

Se asignará un proveedor para la prestación del servicio de acompañamiento de niños y mayores en el hogar, en caso de que el asegurado no esté cuidado por su cónyuge, pareja o familiar directo, que resida en el mismo domicilio, y por motivo del accidente cubierto, el asegurado no pueda continuar con esta labor de cuidados.

Mediante esta garantía la Entidad aseguradora asume exclusivamente la prestación de los servicios y en ningún caso el importe de los productos y/o materiales necesarios para la prestación de estos servicios tales como alimentos, productos de limpieza, etc.

Se establece un período de carencia de 2 días desde la fecha en la que se produzca la inmovilización del asegurado.

Evaluated por la Aseguradora el derecho a la prestación de esta garantía, se concretarán de forma conjunta con el asegurado los servicios de ayuda necesarios. En el plazo máximo de 48 horas se procederá al envío de los proveedores pertinentes.

El asegurado deberá remitir los respectivos informes de revisión de sus lesiones para determinar la continuidad o no de la prestación. El equipo médico designado por la Aseguradora valorará la necesidad de realizar una visita domiciliaria para la comprobación del estado del Asegurado, aunque en caso de discrepancias las partes pueden acudir al procedimiento pericial previsto en la Ley de Contrato de seguro.

La prestación de las garantías se limitará a una duración máxima semanal de 15 horas con un máximo de 4 horas día y se prestará en horario diurno y con una duración máxima de 6 semanas.

El derecho a la prestación de las garantías cesará cuando el asegurado pueda reanudar su vida cotidiana, entendiendo como tal, el desarrollo habitual de las tareas domésticas y / o profesionales, aunque no se haya alcanzado su total curación.

Rehabilitación.

La Entidad aseguradora asume la prestación de los servicios de rehabilitación y fisioterapia cuando a consecuencia de un accidente cubierto por el seguro el Asegurado resulte afectado de una lesión de origen traumatológico y aguda.

Es requisito para acceder a esta cobertura que la rehabilitación sea por prescripción médica, estando excluidos los procesos crónicos. La cobertura no se extiende a terapias alternativas o técnicas no contrastadas científicamente.

El asegurado podrá optar por cualquiera de las siguientes opciones para acceder a los servicios de rehabilitación:

- Accediendo a los **centros concertados** por la Entidad aseguradora para recibir las sesiones de rehabilitación prescritas médicamente con el límite de 120 sesiones por asegurado año, siempre y cuando se utilicen exclusivamente centros concertados a disposición de los asegurados en la página web de la Entidad.
- Reembolso: El asegurado podrá elegir un centro no concertado, en cuyo caso la Entidad aseguradora reembolsará el 90% del coste, con un límite máximo por sesión 51 € y 60 sesiones por asegurado /año.
- **Cuando el Asegurado utilice ambas opciones el límite total de sesiones por asegurado año será de 60 (computándose las consumidas en ambas opciones).**

El derecho a la prestación de las garantías cesará cuando se produzca alguna de las situaciones siguientes:

- Después de consumir el número máximo de sesiones.
- Al finalizar el número de sesiones prescritas por el médico.
- Cuando se alcance el mayor nivel de recuperación funcional.

PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.

Los beneficiarios deberán presentar la documentación e información acreditativa de la ocurrencia del siniestro y sus consecuencias.

Una vez recibidos los documentos, la Entidad aseguradora deberá pagar la prestación garantizada.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la ocurrencia de un siniestro, las consecuencias del mismo y el grado de invalidez, el Asegurado y la Entidad aseguradora pueden solventar sus diferencias por medio de dos Peritos, elegidos uno por cada parte, los cuales procederán a la comprobación de la invalidez de acuerdo con lo dispuesto en este contrato, sin sujeción a trámite judicial alguno.

La aceptación de los peritos deberá constar por escrito. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.



Si los dos peritos no llegan a un acuerdo nombrarán a otro Perito Médico, y los tres actuarán en común y resolverán por mayoría de votos.

En caso de discordia sobre la elección del tercer Perito, será nombrado por el Juez de Primera Instancia que sea competente y a iniciativa de la parte más diligente.

Serán a cargo de cada parte los honorarios y gastos del Perito que hubiese designado. Los del tercer Perito serán satisfechos a partes iguales entre el contratante y la Entidad. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

En caso de fallecimiento:

- El certificado de defunción del Asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o Declaración de Herederos.
- Declaración, Carta de pago o Autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

En caso de fractura, quemaduras o invalidez permanente:

- Certificado médico indicando el alcance y origen de la lesión.
- Parte de alta con expresión del tipo de invalidez resultante.
- Documentación acreditativa de las circunstancias del accidente.
- Cualquier otra documentación acreditativa del derecho a la prestación que demande la Entidad aseguradora.

En caso de hospitalización:

- Informe del centro en el que conste los días de hospitalización del asegurado.
- Informe médico en el que consten las lesiones como causantes de la hospitalización.
- Documentación acreditativa de las circunstancias del accidente.
- Cualquier otra documentación acreditativa del derecho a la prestación que demande la Entidad aseguradora.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES.

La Entidad aseguradora prestará los servicios reclamados por el asegurado, previa aportación de la siguiente documentación: debiendo aportar en caso de producirse una contingencia cubierta en el seguro, conforme al alcance y delimitaciones establecidas en la cobertura.

- Para solicitar la ayuda domiciliaria se deberá aportar informe médico con prescripción de más de 5 días de inmovilización.
- Para solicitar el servicio de rehabilitación el asegurado deberá aportar informe médico indicando el alcance de la lesión y prescripción de tratamiento de rehabilitación.
- En ambos casos, documentación acreditativa del accidente

y circunstancias del mismo y cualquier otra documentación acreditativa del derecho al servicio reclamado que demande la Entidad aseguradora.

ÁMBITO TERRITORIAL.

Las garantías de esta póliza se extienden:

- La indemnización del riesgo principal de invalidez a todo el Mundo quedando excluidos los accidentes ocurridos en regiones inexploradas o desérticas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- Las prestaciones que se deriven de las garantías complementarias se prestarán únicamente dentro del Territorio Nacional y en el domicilio del asegurado con independencia del lugar de ocurrencia del accidente.

TRIBUTOS.

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador.

COMUNICACIONES.

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de éstos recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro o del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato en vigor.

Así mismo, las comunicaciones que efectúen el Tomador del seguro o el Asegurado a un Agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

JURISDICCIÓN.

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiese ejercitar sus acciones ante los Organos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado en España, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE "ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS" EN SEGUROS DE PERSONAS:

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el

extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos,**

desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.