

# Póliza de Seguro Condiciones Generales y Específicas Helvetia "Accidentes Colectivo"

Edición diciembre 2018

## Índice

<b>Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación</b>	3										
<b>Condiciones Generales del Contrato de Seguro</b>	5										
<b>Contrato de Seguro</b>	5										
<b>Declaraciones sobre el riesgo</b>	5										
<b>Perfección, toma de efecto y duración del Contrato</b>	6										
<b>Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato</b>	6										
<b>Indisputabilidad y error en la edad</b>	7										
<b>Pago de Primas</b>	7										
<b>Pago de prestaciones</b>	8										
<b>Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza</b>	8										
<b>Prescripción</b>	9										
<b>Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores</b>	9										
<b>Condiciones Específicas del Contrato de Seguro</b>	9										
<b>Modalidad de contratación y duración del Seguro</b>	9										
<b>Finalización del Seguro</b>	9										
<b>Modalidad de cobertura</b>	9										
<b>Concepto de accidente</b>	10										
<b>Garantías asegurables a solicitud del Tomador del Seguro</b>	<table border="0"> <tr> <td>Fallecimiento por accidente</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Absoluta y Permanente por accidente</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Total y Permanente por accidente</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Parcial por accidente según baremo</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Asistencia sanitaria por accidente</td> <td>14</td> </tr> </table>	Fallecimiento por accidente	11	Invalidez Absoluta y Permanente por accidente	11	Invalidez Total y Permanente por accidente	12	Invalidez Parcial por accidente según baremo	12	Asistencia sanitaria por accidente	14
Fallecimiento por accidente	11										
Invalidez Absoluta y Permanente por accidente	11										
Invalidez Total y Permanente por accidente	12										
Invalidez Parcial por accidente según baremo	12										
Asistencia sanitaria por accidente	14										
<b>Otras coberturas complementarias</b>	14										
<b>Compatibilidad de prestaciones</b>	14										
<b>Personas no asegurables</b>	15										
<b>Riesgos extraordinarios</b>	15										



## Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación

La presente información se facilita en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y en los artículos 122 y 124 de su Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

### 1 Legislación aplicable. El presente seguro se rige por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.
- Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio.
- Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades.
- Real Decreto 634/2015, de 10 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades.

### 2 Instancias de reclamación

De conformidad con el artículo 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes. De acuerdo con el artículo 97.2 y 4 de la referida Ley 20/2015, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral, en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Asimismo y conforme al art. 97.2 de la citada Ley 20/2015, se podrán someter las divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de Mediación en Asuntos Civiles y Mercantiles.

### Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en los artículos 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio en Paseo Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla y dirección electrónica: departamentootencioncliente@helvetia.es.

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

1. La entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma. No obstante ello, la entidad se compromete a finalizar el expediente en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la consulta, queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Cliente.

Cuando a la entidad no le sea posible responder dentro de dicho plazo, se informará al reclamante sobre las causas del retraso con indicación del momento en que sea probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. No obstante ello y en todo caso, la finalización del expediente no podrá prolongarse más de dos meses desde la presentación de la consulta, queja o reclamación.

2. La presentación de la consulta, queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
3. La Entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.

4. La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la consulta, queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
5. Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Esta cláusula no es de aplicación a las operaciones calificadas como «grandes riesgos» (artículo 107 Ley 50/1980 de Contrato de Seguro). No obstante, los clientes pueden dirigirse, con carácter previo a la interposición de la acción judicial o arbitral que corresponda, al Departamento de Atención al Cliente que atenderá y se pronunciará sobre la queja o reclamación formulada en el plazo máximo de dos meses desde la recepción de cualquiera de ellas.

### **3 Entidad Aseguradora**

**La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

### **4 Jurisdicción**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del asegurado.

# Condiciones Generales del Contrato de Seguro

## 1 Contrato de Seguro

### 1.1 Definiciones de este Contrato de Seguro

Por el presente Contrato de Seguro, **el Asegurador, Helvetia Compañía Suiza, de Seguros y Reaseguros**, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, en adelante el Asegurador, se obliga a satisfacer, mediante el cobro de una Prima, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura y dentro de los límites pactados, un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

A efectos de este Contrato se entenderá por:

#### **Tomador del Seguro**

Las personas físicas o jurídicas que pacta/n y suscribe/n este Contrato con el Asegurador, firmando la Póliza y asumiendo las obligaciones que de dicho Contrato se derivan.

**En el caso de exteriorización de compromisos por pensiones donde existan aportaciones o contribuciones de los Asegurados para la financiación de las Primas, el Tomador lo será por cuenta de los trabajadores asegurados en la parte correspondiente a la contribución de estos.**

#### **Grupo asegurable**

**Conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, pero diferente a este, que cumplen las condiciones legales precisas para ser Asegurados.**

#### **Asegurado**

Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro.

#### **Beneficiario**

El propio Asegurado en las Garantías de vida e invalidez o el designado por éste para caso de fallecimiento.

#### **Asegurador**

**Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España), que asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza el pago de las prestaciones que le correspondan como Asegurador con arreglo a las Condiciones del mismo y bajo control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

#### **Póliza**

Se denomina Póliza al conjunto de documentos que contienen las condiciones que regulan el seguro. Estos documentos son los siguientes: las presentes Condiciones Generales y Específicas, las Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo, las condiciones Especiales, Adicionales, Apéndices y Suplementos si los hubiere, que complementan o modifican el riesgo, así como los cuestionarios a los que haya sido sometido el Tomador del Seguro y/o Asegurado.

#### **Compromisos por pensiones**

**Tienen tal consideración los compromisos derivados de obligaciones legales o contractuales de la empresa con el personal de la misma, recogidas en Convenio Colectivo o disposición legal equivalente que tenga por objeto realizar aportaciones u otorgar prestaciones por jubilación, invalidez o fallecimiento. Las aportaciones de trabajadores de carácter voluntario no vinculadas con el compromiso por pensiones de la empresa no podrán instrumentarse en el Contrato de Seguro que formaliza los compromisos de la empresa con sus trabajadores y Beneficiarios y se deberán realizar en otra Póliza de carácter voluntario.**

## 2 Declaraciones sobre el riesgo

El Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, tiene el deber antes de la firma de la Póliza, de declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, tales como profesión, actividades

habituales, etc. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a ningún cuestionario, declaración de salud o reconocimiento médico.

El Asegurador podrá sustituir los mencionados cuestionarios de salud o reconocimientos médicos por cláusulas relacionadas con estos y que figuren en las Condiciones Particulares.

### **3 Perfección, toma de efecto y duración del Contrato**

#### **3.1 Perfección del Contrato**

El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes que se manifiesta por la suscripción de la Póliza

#### **3.2 Boletín de adhesión**

El Asegurador podrá solicitar al Tomador un boletín de adhesión suscrito por este y el Asegurado, o cualquier otro formato de información, que contenga la designación de Beneficiarios y orden de prelación que regirá en defecto del mismo, así como declaración de salud y otras informaciones necesarias para la correcta evaluación del riesgo.

#### **3.3 Certificados Individuales de Seguro**

El Asegurador, a petición del Tomador, emitirá para cada Asegurado el correspondiente Certificado individual de Seguro, en el que se harán constar sus datos personales, las Garantías y capitales asegurados de la Póliza, designación de Beneficiarios y Condiciones especiales de las modalidades de seguro contratadas.

La variación de capitales que afecte a cada Certificado de Seguro, y la modificación de la designación de Beneficiarios o la pérdida del Certificado anterior, requerirá la emisión de un nuevo Certificado de Seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.

Las modificaciones en los Certificados individuales y las altas y bajas en el grupo se entenderán incluidos automáticamente en la relación de asegurados de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Todas las modificaciones anteriores deberán solicitarse a través del Tomador del Seguro, quien resulta obligado a facilitar anualmente, como mínimo, una relación de Asegurados.

Cuando el Seguro de grupo sea consecuencia de obligaciones laborales se podrá sustituir el Certificado individual por la entrega a la representación del grupo asegurado de otro ejemplar de la Póliza.

#### **3.4 Toma de efecto y duración del Contrato**

Las Garantías de la Póliza, sus modificaciones o adiciones, tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de Prima correspondiente, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

La cobertura finaliza en la fecha y forma establecida en las Condiciones Particulares

#### **3.5 Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro**

El Tomador del Seguro en un Contrato individual de duración superior a seis meses sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el Contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la Póliza o un documento de cobertura provisional.

La facultad unilateral de resolución del Contrato deberá ejercitarse por el Tomador del Seguro mediante comunicación dirigida al Asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación 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 hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión para el extorno de Prima correspondiente.

### **4 Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato**

#### **4.1 Modificación del riesgo**

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y todas las circunstancias, que según el Cuestionario presentado por el Asegurador, antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

#### **4.2 Variaciones en la composición del Grupo**

El Tomador del Seguro está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, y que pueden consistir en:

**Altas:** Originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, se adhieran mediante el Boletín de Adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro de grupo.

**Bajas:** Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- a) Salida del Grupo Asegurado o del Asegurable.
- b) Pago de la prestación de cualquier Garantía.
- c) Por alcanzar la edad establecida en el artículo 2 de las Condiciones Específicas.

El Tomador del Seguro viene obligado a comunicar al Asegurador las variaciones que se produzcan en los capitales asegurados, los aumentos y las reducciones de capital asegurado tomarán efecto en la fecha de su comunicación por el Tomador del Seguro, salvo pacto en contrario.

**En el caso que el seguro de grupo exteriorice compromisos por pensiones, el Tomador del Seguro tiene la obligación de mantener el Contrato de Seguro adaptado a los compromisos por pensiones vigentes en cada momento. Las variaciones que se produzcan en el compromiso en el ámbito laboral no suponen una modificación automática del Contrato de Seguro, por lo que deberán ser comunicadas al Asegurador para su incorporación o adaptación en la Póliza de seguro colectiva que instrumenta dicho compromiso. La adaptación se considerará realizada cuando el Contrato de Seguro instrumente todos los compromisos por pensiones del Tomador del Seguro**

## **5 Indisputabilidad y error en la edad**

El presente Contrato y sus Certificados individuales será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del Tomador del Seguro y/o Asegurado, o cuando para la adhesión al grupo asegurado, se exija como requisito indispensable reconocimiento médico, en este caso los Certificados individuales serán indisputables desde la fecha de su emisión. El error en la declaración de edad del Asegurado no queda comprendido dentro de este apartado de Indisputabilidad. Tampoco quedan comprendidas en este apartado de Indisputabilidad las Garantías complementarias correspondientes a la modalidad de accidentes.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquella.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la Prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la Prima recibida. Si por el contrario, la Prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas, sin intereses.

## **6 Pago de Primas**

### **6.1 Prima**

La Prima es el precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro. El recibo de Prima deberá hacerse efectivo por el Tomador en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. El recibo incluirá, además de la Prima, las tasas y recargos legalmente repercutibles a cargo del Tomador del Seguro que se deban pagar por razón de este Contrato.

### **6.2 Contribución de los asegurados a la Prima del seguro Colectivo**

En los seguros colectivos en los que exista contribución o aportaciones de los asegurados al coste del Seguro, el Tomador del Seguro se obliga al pago total del recibo de Prima, sin que pueda oponer al Asegurador excepción alguna por falta de aquella contribución.

### **6.3 Recargo por pago fraccionado**

Podrá convenirse el pago fraccionado de la Prima anual, mediante la aplicación de un recargo en dicha Prima, cuyo importe se cuantificará en el recibo.

### **6.4 Forma de 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 estipulados en la Póliza.

Para el pago de cada Prima periódica, a excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

### **6.5 Lugar de pago**

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima, éste habrá de efectuarse en el domicilio del Tomador del Seguro.

Si el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, desea realizar el pago tanto de la primera Prima como de las sucesivas, por el sistema de domiciliación bancaria, deberá facilitar al Asegurador una carta dirigida a la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros firmada por el titular de la cuenta corriente o libreta, dando la oportuna orden para la aceptación de los cargos de las Primas.

### **6.6 Consecuencia 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 en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

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

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

## **7 Pago de prestaciones**

El Asegurador pagará las prestaciones establecidas en el Contrato, en caso de una contingencia cubierta por la Póliza, a los Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro.

## **8 Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza**

### **8.1 Beneficiarios**

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que el Tomador del Seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

En caso de no recogerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza una designación expresa de Beneficiario, se considerará como tal, en caso de fallecimiento del Asegurado:

- Al cónyuge superviviente no separado legalmente mediante sentencia firme,
- En su defecto a los hijos del fallecido por partes iguales,
- En defecto de éstos a los herederos legales también por partes iguales.

### **8.2 Cesión y pignoración de la Póliza**

El Tomador del Seguro podrá, en todo momento, ceder o pignorar esta Póliza, siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la Póliza implica la revocación del Beneficiario. El Tomador del Seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

**En el caso de que la Póliza exteriorice compromisos por pensiones, el Tomador del Seguro no podrá ceder ni pignorar la Póliza.**



## **9 Prescripción**

Las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años. El tiempo de prescripción comenzará a contarse desde el día en que las respectivas acciones pudieran ejercitarse.

## **10 Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores**

Todas las comunicaciones entre el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, el Mediador y el Asegurador deberán hacerse mutuamente por escrito.

Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario al Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurador señalado en la Póliza. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el presente Contrato de Seguro, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo el pago de los recibos de Prima por el Tomador del Seguro o el Asegurado al referido agente de seguros, se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de Seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

El pago de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro o el Asegurado al corredor de seguros, no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue a aquel el recibo de Prima emitido por el Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza.

Las modificaciones incorporadas a la Póliza y formalizadas mediante la firma de las partes se entenderá que han cumplido todos estos requisitos.

# **Condiciones Específicas del Contrato de Seguro**

## **1 Modalidad de contratación y duración del Seguro**

La duración de la Póliza será de un año prorrogable, renovándose tácitamente por un año más a su vencimiento anual, y así sucesivamente. En las Condiciones Particulares de esta Póliza se recogerán los capitales asegurados en cada periodo anual. La Prima correspondiente a cada anualidad de seguro estará en función del capital asegurado para ese periodo.

## **2 Finalización del Seguro**

El Seguro finaliza por:

- Para un Certificado individual, por el pago de las prestaciones de fallecimiento, Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado, o Invalidez Profesional Total y Permanente del Asegurado cualquiera que sea su causa.
- Por anulación del Contrato por parte del Tomador del Seguro.
- En caso que el Tomador del Seguro deje de pagar la Prima vencida dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales y Específicas.
- En la anualidad en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.

## **3 Modalidad de cobertura**

En las Condiciones Particulares de esta Póliza se indicará la modalidad de cobertura, que establece el ámbito de ocurrencia del accidente en el que toman efecto las Garantías aseguradas por la Póliza.

**Modalidad Profesional**, entendiéndose por **Accidente Profesional o Laboral** a todo aquel accidente cubierto por la Póliza que ocurra en el recinto habitual de trabajo, en el camino de ida y vuelta al trabajo ("in itinere") o en cualquier lugar con ocasión de la realización de actividades inherentes a la ocupación profesional.

**Modalidad 24 horas**, dónde quedan cubiertos los Accidentes Profesionales y los Extraprofesionales.

## 4 Concepto de accidente

A efectos de esta Póliza se entiende por accidente toda lesión corporal derivada de una causa fortuita, momentánea, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca su fallecimiento o invalidez.

Tienen además la consideración de accidente:

- a) Los envenenamientos, la asfixia, las lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, la ingestión de materias líquidas o sólidas siempre que no se trate de productos alimenticios en mal estado, ocurrido por error o por acto de terceros.
- b) Las infecciones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas derivadas de accidente.
- c) Las mordeduras de animales o las picaduras de insectos y sus consecuencias.
- d) Las consecuencias de desvanecimientos o síncope.
- e) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.

**No se consideran accidente: (salvo que sean calificados como accidentes laborales y la Póliza este obligada al pago por el correspondiente convenio expresamente indicado en sus Condiciones Particulares):**

- a) **El suicidio, o intento de suicidio, del Asegurado durante toda la vigencia de la Póliza.**
- b) **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluidas las profesionales, y sus consecuencias, así como las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morboso, ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes, ruptura de aneurismas, varices, etc.).**
- c) **Los accidentes ocurridos como consecuencia de enfermedades psíquicas.**
- d) **Las hernias de cualquier clase y naturaleza así como sus agravaciones, lumbalgias, ciáticas, desgarrros y distensiones musculares o ligamentosas, a menos que se apruebe fehacientemente que son consecuencia directa de un accidente garantizado, los efectos de la temperatura y de la presión atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesta a ellas por consecuencia de un accidente garantizado, y las consecuencias del exceso de trabajo o estrés.**
- e) **Los infartos, trombosis y embolias de cualquier clase, aunque sean considerados como tal por el organismo laboral.**
- f) **Los accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente. Se considera embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior en más de un 20 % a los límites legales establecidos en la Ley sobre Tráfico o en el Reglamento General de la Circulación, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.**
- g) **Salvo pacto en contrario, los debidos a deportes de alto riesgo como escalada y alta montaña, automovilismo, motorismo, motonáutica de competición, submarinismo, paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta y demás deportes aeronáuticos, esquí de competición, deportes de contacto como boxeo y otros, puenting, rafting, y viajes de exploración o similares.**

## 5 Garantías asegurables a solicitud del Tomador del Seguro

Las Garantías aseguradas son las que se incluyen en las Condiciones Particulares, a solicitud del Tomador del Seguro, de entre las que se indican en los artículos siguientes de las presentes Condiciones Generales y Específicas, quedando pues expresamente excluidas todas aquellas que no figuren en el Condicionado Particular.

## 5.1 Fallecimiento por accidente

Cuando se incluya esta Garantía complementaria en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador abonará al Beneficiario del Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si éste fallece a consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza **de forma inmediata o como consecuencia de las lesiones sufridas dentro del año siguiente a su ocurrencia, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor.**

### 5.1.1 Ámbito territorial

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

### 5.1.2 Exclusiones de cobertura:

Además de las exclusiones que figuran en el artículo 4 quedan expresamente excluidos de la Garantía los siniestros basados en:

- a) **Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro y que no hubieran sido declarados por el Asegurado.**
- b) **Accidentes ocasionados como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- c) **Acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.**
- d) **Ocasionados por la participación en espectáculos taurinos, actos delictivos, alborotos, reyertas o luchas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa, infracciones de la Ley, imprudencias o negligencias graves del Asegurado, declaradas así judicialmente, así como por las consecuencias de participación del Asegurado en carreras o apuestas de velocidad con vehículos de motor.**
- e) **Accidentes sufridos como pasajero de aparatos de aviación, salvo como pasajero de líneas regulares y chárter, y en general de aparatos civiles que no cuenten con un Certificado de navegabilidad debidamente autorizado. También estarán excluidos los siniestros sufridos por los pilotos de aviación y su tripulación, siempre que ejerzan su profesión en el vuelo siniestrado.**

### 5.1.3 Documentación necesaria en caso de fallecimiento por accidente

En caso de ocurrir la contingencia contratada en la Póliza se exigirán al Tomador del Seguro o al Beneficiario en su caso, la siguiente documentación:

- a) Los Certificados de defunción y nacimiento del Asegurado, salvo que este último ya hubiera sido aportado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza del accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente y del informe de la autopsia practicada.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades o, en su caso, copia del último testamento del Tomador del Seguro o Auto Judicial de Declaración de Herederos.
- d) Cuando proceda, carta de pago o declaración de exención de los Impuestos que correspondan.
- e) Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario.
- f) Cualquier otra documentación que el Asegurado estime necesario.

## 5.2 Invalidez Absoluta y Permanente por accidente

Cuando se incluya esta Garantía complementaria en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador abonará al Asegurado el capital indicado para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente garantizado, **se ocasiona al Asegurado una Invalidez Absoluta y Permanente comprobada y fijada en el término de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que el accidente y la invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor.**

### 5.2.1 Ámbito territorial

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

### 5.2.2 Exclusiones de cobertura:

Serán de aplicación las exclusiones que figuran en el artículo 5.1.2.

### 5.2.3 Documentación necesaria en caso de Invalidez Absoluta y Permanente por accidente

En caso de ocurrir la contingencia contratada en la Póliza se exigirán al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario en su caso, la siguiente documentación:

- Certificado de Nacimiento, salvo que ya haya sido aportado.
- Resolución de Invalidez de la Seguridad Social u organismo oficial competente donde se evidencie el grado y la causa de la invalidez objeto de indemnización y la documentación médica necesaria, donde se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente.
- Cualquier otra documentación que el Asegurador estime necesaria.

### 5.3 Invalidez Total y Permanente por accidente

A efectos de esta Póliza se entiende por Invalidez Total y Permanente la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral habitual, provocada por accidente.

Cuando se incluya esta Garantía Complementaria en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador pagará al Asegurado el capital de esta Garantía, si como consecuencia de un accidente, cubierto por la Póliza, se ocasiona al Asegurado durante la vigencia de la Póliza una invalidez total y permanente. **En caso de que se produzca a consecuencia de accidente, la Invalidez Total y Permanente deberá acreditarse en un plazo no superior a un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor.**

#### 5.3.1 Ámbito territorial

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

#### 5.3.2 Exclusiones de cobertura

Serán de aplicación las exclusiones que figuran en el artículo 5.1.2

#### 5.3.3 Documentación necesaria en caso de Invalidez total y permanente

Se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2.3

### 5.4 Invalidez Parcial por accidente según baremo

**Este concepto de invalidez parcial por accidente, no se corresponde con el utilizado de forma genérica por los Organismos Oficiales o competentes en materia de invalidez para designar situaciones de Invalidez Permanente, Profesional, Total, Parcial o similares en materia laboral.**

El concepto de Invalidez de esta Póliza, se refiere a las secuelas que se describen a continuación y se valoran porcentualmente, siempre que tengan el carácter de irreversible o definitivas y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados conforme al artículo 104 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.

Cuando se incluya esta Garantía complementaria en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador abonará al Asegurado, el capital adicional correspondiente al porcentaje de capital fijado en la tabla siguiente de secuelas por Invalidez, si como consecuencia de un accidente, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, **se ocasiona al Asegurado la Invalidez Parcial, que deberá acreditarse en un plazo no superior a un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor.**

### Tabla de secuelas por Invalidez Parcial

La pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de ambos brazos o manos, ambas piernas o pies, o de un miembro superior y de otro inferior a la vez	100%
Enajenación mental, absoluta e incurable	100%
Ceguera absoluta o parálisis completa	100%
Pérdida total de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas	100%
	<b>derecha Izquierda</b>
La pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha	60% 50%
Pérdida total del movimiento del hombro	25% 20%
Pérdida total del movimiento del codo	20% 15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20% 15%
Pérdida total del pulgar y el índice de una mano	40% 30%

Pérdida total de tres dedos de una mano, comprendidos el pulgar o el índice	35%	30%
Pérdida total de tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar y de otro dedo, que no sea el índice	30%	25%
Pérdida total del índice y de otro dedo, que no sea el pulgar	20%	17%
Pérdida total solamente del pulgar	22%	18%
Pérdida total solamente del índice	15%	12%
Pérdida total del dedo corazón, del anular o del meñique	10%	8%
Pérdida total de dos de estos últimos dedos	15%	12%
Pérdida total de una pierna o amputación por encima de la rodilla		50%
Pérdida parcial de una pierna por debajo de la rodilla o la amputación de un pie		40%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		50%
Pérdida total de movimiento de la articulación subastragalina		10%
Pérdida completa del movimiento de la garganta de un pie		20%
Pérdida total del dedo gordo de un pie		10%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie		25%
Fractura no consolidada de una rótula		20%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla		20%
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior (La pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo a que corresponda)		15%
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie		5%
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas		33%
Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas		33%
Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas		33%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular		30%
Si la visión del otro estaba perdida antes del accidente		50%
Sordera completa de los dos oídos		40%
Sordera completa de un oído		10%
Si la sordera del otro ya existía antes del accidente		20%
Pérdida total de una oreja		7%
Pérdida total de las dos orejas		15%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función normal respiratoria		5%
Pérdida total de la nariz		15%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula		30%
La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal será equivalente a un porcentaje de un 1% por cada centímetro cuadrado que no haya sido sustituido por materiales adecuados, pero con un máximo del		15%

En los casos no señalados en la tabla de secuelas, la indemnización se fijará en proporción a la gravedad de la invalidez, comparada con las invalideces enumeradas.

Si el Asegurado perdiese simultáneamente varios de los dichos miembros, la indemnización se fijará sumando las respectivas tasaciones, pero en ningún caso podrá exceder del cien por cien.

La impotencia funcional o absoluta de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos corporales, la invalidez causada por dicho accidente no podrá ser clasificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.

En caso de invalidez sobrevenida al Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado que deja lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del diez por ciento del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad de 150 euros.

Si después del pago de la indemnización por invalidez, el Asegurado muere a consecuencia del accidente dentro de los dos años siguientes a su ocurrencia, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de muerte, si esta es superior, en caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del Beneficiario.

#### 5.4.1 **Ámbito territorial**

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

#### 5.4.2 **Exclusiones de cobertura**

Serán de aplicación las exclusiones que figuran en el artículo 5.1.2.

#### 5.4.3 Documentación necesaria en caso de Invalidez Permanente

En caso de ocurrir la contingencia contratada en la Póliza se exigirán al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario en su caso, la siguiente documentación:

- a) Certificado de Nacimiento, salvo que ya haya sido aportado.
- b) Certificado y documentación médica, donde se determine la fecha del accidente y se evidencie la Invalidez Parcial resultante con la expresión de la secuela resultante en porcentajes según la tabla anterior.
- c) Cualquier otra documentación que el Asegurador estime necesaria.

#### 5.5 Asistencia sanitaria por accidente

Cuando se incluya esta Garantía complementaria en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador abonará al Asegurado, los gastos de asistencia sanitaria, con el límite y franquicias que se estipulen en el condicionado particular, que se produzcan a consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza, **hasta el total restablecimiento del Asegurado o la fijación de su grado de invalidez y como máximo durante 365 días contados desde el día del accidente.**

Siempre que la asistencia sea prestada por facultativos o centros designados o aceptados por el Asegurador, quedan incluidos en esta Garantía, los gastos ocasionados por:

- Hospitalización: El coste del internamiento en un hospital, por prescripción facultativa.
- Curación: La prestación al Asegurado de servicios de tratamiento médico y gastos farmacéuticos.
- Asistencia clínica: Servicios sanitarios y de manutención necesarios durante su hospitalización.
- Traslado urgente: Traslado inmediato después del accidente hasta el hospital o centro asistencial dónde se realice la primera cura. Los gastos de traslado por medio de transporte aéreo sólo serán satisfechos si por prescripción médica fuesen absolutamente necesarios.

El Asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia con independencia del médico o centro que los preste. El Asegurador hará uso de su derecho de designación de médicos y hospitales en el momento que el Asegurado pueda ser trasladado del hospital que realizó el primer tratamiento, de acuerdo con el criterio del facultativo que el Asegurador designe al efecto.

La Prima de este riesgo variará anualmente en la misma proporción que lo haga el Índice de Precios al Consumo (IPC) o el que le pudiera sustituir en el futuro.

##### 5.5.1 Ámbito territorial

Esta Garantía surte efecto en todo el territorio español y durante las 24 horas del día.

##### 5.5.2 Exclusiones de cobertura

Serán de aplicación las exclusiones que figuran en el artículo 5.1.2

##### 5.5.3 Documentación necesaria en caso de Asistencia sanitaria

- a) Certificado de nacimiento, salvo que ya haya sido aportado
- b) Recibos, justificantes de pago y cuenta detallada justificativa de las prestaciones facultativas que hubiesen realizado los centros asistenciales.
- c) Cualquier otra documentación que el Asegurador estime necesaria.

## 6 Otras coberturas complementarias

Con el fin de dar cobertura a la diversidad de seguros complementarios, distintos a los enunciados en el presente condicionado, que se negocian en los convenios colectivos, el Asegurador y el Tomador podrán incluir en condiciones particulares la descripción de cualquier otro seguro complementario a los que le serán de aplicación el presente Condicionado General y Específico, así como limitar los descritos al ámbito laboral o extralaboral si así se acuerda.

## 7 Compatibilidad de prestaciones

Un mismo evento o accidente no da derecho simultáneamente a las prestaciones para el caso de fallecimiento y de invalidez cualquiera que sea el grado, ni entre Invalidez Absoluta y Permanente e Invalidez Profesional Total, ni entre Invalidez Parcial e Invalidez Permanente Total, Profesional o Absoluta.

## **8 Personas no asegurables**

No se podrán asegurar por esta Póliza:

- a) Las personas mayores de 65 años.
- b) Las personas menores de 14 años sólo podrán ser aseguradas para la Garantía Básica de Fallecimiento por accidente en concepto de gastos de sepelio.
- c) Las personas que consuman de manera habitual estupefacientes y drogas o afectados de enajenación mental, apoplejía, epilepsia, sífilis, SIDA, alcoholismo, enfermedades de la médula espinal y encefalitis letárgica.

## **Riesgos extraordinarios**

### **Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas**

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

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

- 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.

## **I 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.

## **II 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 (900 222 665 o 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).



- 3 Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la Póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.





**Helvetia Compañía Suiza**  
**Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**

**Sede Social Sevilla**

Paseo de Cristóbal Colón 26  
41001 Sevilla (España)  
T +34 954 593 200  
F +34 902 366 050  
[www.helvetia.es](http://www.helvetia.es)

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14  
Sección 3ª de Sociedades, Folio 47, Hoja 869  
C.I.F. A 41003864  
Capital Social  
Suscrito y Desembolsado: 21.434.838,24 euros

