

Condiciones Generales

LIBERTY
ACCIDENTES
COLECTIVOS



LIBERTY **ACCIDENTES COLECTIVOS**

LE10ACL 08/22_L

08/22

NOTA INFORMATIVA

El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y las normas que lo desarrollan.

LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., dispone de un **Departamento de Atención al Cliente**, y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros u operadores de bancaseguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo.

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

- Al **Departamento de Atención al Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, por fax 91 301 79 98, o e-mail: **reclamaciones@libertyseguros.es**
- En segunda instancia, al **Defensor del Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Velázquez 80, 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 Paseo 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 Liberty Seguros, 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.libertyseguros.es**, o a través de su mediador.

La entidad aseguradora **LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** tiene su domicilio social en **Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042, Madrid (España).**

La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

0	Artículo preliminar – Definiciones	7
1	Objeto del seguro	9
2	Exclusiones generales	10
3	Actividades incluidas	11
4	Actividades excluidas	12
5	Extensión del seguro	17
6	Ámbito territorial de las garantías	22
7	Revalorización automática	23
8	Declaraciones sobre el riesgo	25
9	Información al concertar el seguro, reserva o inexactitud	25
10	Deber de comunicación de otros seguros	26
11	En caso de agravación del riesgo	26
12	Facultades del asegurador ante la agravación del riesgo	26
13	Consecuencia de no comunicar la agravación del riesgo	27
14	En caso de disminución del riesgo	28
15	Perfección y efectos del contrato	28
16	Duración del seguro	28
17	Pago de la prima	29
18	Siniestros – Tramitación	31
19	Siniestros – Determinación de la indemnización	32
20	Siniestros – Pago de la indemnización	32
21	Subrogación	33
22	Nulidad del contrato	34
23	Prescripción	34

24	Arbitraje	35
25	Comunicaciones y jurisdicción	35
26	Cláusula de indemnización	36

ARTÍCULO PRELIMINAR

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

■ **Asegurador:** La sociedad aseguradora es **Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** quien suscribe la póliza junto con el tomador del seguro y se obliga, mediante el cobro de la correspondiente prima, al pago de la prestación correspondiente a cada una de las garantías que figuren incluidas en las condiciones particulares de la póliza.

■ **Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que, juntamente con el asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

■ **Asegurado:** La persona física sobre la que se establece el seguro, titular del interés objeto del seguro, y que en defecto del tomador del seguro asume las obligaciones y los derechos derivados de este contrato, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el tomador del seguro.

■ **Beneficiario:** La persona, física o jurídica, titular del derecho a la indemnización. En caso de muerte del asegurado, en defecto de designación expresa por el tomador del seguro, serán beneficiarios por el orden preferente y excluyente que a continuación se detalla:

- El cónyuge no separado legalmente de la víctima.
- Los hijos, por partes iguales, supervivientes a la fecha de fallecimiento o todos los descendientes con derecho a herencia.
- Los padres del asegurado por partes iguales.
- Sus herederos legales.

■ **Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: las condiciones generales; las particulares; las especiales, y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, así como la solicitud-cuestionario que sirve de base para la emisión del seguro.

■ **Período de seguro:** Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de efecto y la del primer vencimiento de la póliza, o bien entre dos vencimientos anuales o entre el último vencimiento anual y la cancelación de la póliza.

■ **Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos y tasas de legal aplicación.

■ **Lesión corporal:** Toda disminución o alteración de la integridad corporal o de la salud, tanto física como psíquica.

■ **Accidente:** Es la lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

■ **Siniestro:** Todo accidente cuyas consecuencias dañosas estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. **El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.**

■ **Capitales:** Son las cantidades que el beneficiario tendrá derecho a percibir del asegurador en caso de siniestro cubierto por la póliza, en relación con la garantía afectada.

■ **Franquicia:** La cantidad, porcentaje o cualquier otra magnitud pactada en póliza que se deducirá de la indemnización que corresponda satisfacer al asegurador en cada siniestro.

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

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

■ **Infarto de miocardio:** Es el trastorno del músculo cardíaco, producido como consecuencia de una disminución del riego sanguíneo, generalmente por una obstrucción de las arterias encargadas del transporte de sangre al corazón (arterias coronarias).

■ **Invalidez permanente absoluta:** Es aquella que inhabilita de forma irreversible por completo al asegurado para toda profesión u oficio.

■ **Invalidez permanente parcial:** Considerándose como tal aquellas lesiones residuales que padezca el asegurado de forma permanente y que den lugar a indemnizaciones inferiores al 100% según el baremo establecido en la póliza para valorar los grados de invalidez permanente.

■ **Baremo:** Se denomina a la tabla que establece los supuestos de invalidez permanente y el porcentaje del capital asegurado que corresponda en cada caso.

■ **Invalidez temporal:** Es la situación que imposibilita temporalmente al asegurado, para la realización de su trabajo como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

■ **Práctica deportiva como aficionado:** Se entiende, que la persona que practica el deporte no percibe ingreso alguno por su participación.

1 OBJETO DEL SEGURO

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

Garantías de la póliza

- Muerte por accidente.
- Invalidez permanente por accidente.
- Invalidez temporal por accidente – indemnización diaria.
- Gastos asistencia sanitaria por accidente.
- Muerte por infarto de miocardio derivado de la actividad laboral.

QUEDAN EXCLUIDOS DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA:

- a. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes, según definición del artículo preliminar.
- b. Los accidentes sufridos por el asegurado y derivados de actos tipificados como delito o tentativa del mismo, en los que participe activamente el asegurado.
- c. El suicidio y sus tentativas.
- d. Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez etílica o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias sea la causa determinante del accidente. A estos efectos se considerará que existe embriaguez etílica cuando se superen los niveles de alcohol en sangre tolerados por la legislación vigente para la conducción de vehículos a motor.
- e. Las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura, excepto cuando el asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- f. El riesgo de muerte para menores de catorce años.
- g. El envenenamiento y las intoxicaciones producidas por la ingestión de alimentos.
- h. La interrupción de embarazos o partos prematuros.
- i. Las enfermedades que no sean consecuencia directa de un accidente.
- j. Todas las consecuencias derivadas de anginas de pecho, cardiopatías e infartos de miocardio, salvo que se contrate la garantía de muerte por infarto de miocardio derivado de la actividad laboral.

- k. Las consecuencias derivadas de “accidente vascular cerebral” (A.V.C.), por cuanto, a pesar de su coincidencia terminológica, no cumplen los requisitos de la definición de accidente en el artículo preliminar.**
 - l. Patologías músculo–esqueléticas, que tengan su origen en enfermedad o proceso crónico o degenerativo.**
 - m. Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos o curas no motivados por un accidente cubierto por la póliza.**
 - n. Los accidentes a causa de guerra, motín, invasión, hostilidades militares haya o no declaración oficial, guerra civil, revolución o insurrección y los siniestros de carácter catastrófico y de terrorismo, amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.**
 - o. Los accidentes causados directa o indirectamente por reacción o radiación nuclear, la contaminación radiactiva y demás manifestaciones de la energía nuclear.**
-

3

ACTIVIDADES INCLUIDAS

Quedan incluidos por las garantías del presente seguro, los accidentes sufridos por el asegurado, si bien en cuanto a la práctica de deportes solamente están cubiertos como aficionado los deportes siguientes:

- Atletismo, duatlón, triatlón, pentatlón.
- Baloncesto, balonmano, voleibol y voley playa.
- Caza incluido tiro y pesca.
- Ciclismo.
- Esquí sobre nieve y snowboard (en pista).
- Fútbol, fútbol sala, fútbol 7, fútbol playa y hockey sobre hierba.

- Gimnasia, culturismo y halterofilia.
- Golf.
- Montañismo.
- Natación y waterpolo.
- Patinaje.
- Piragüismo y remo.
- Tenis, padel, bádminton, tenis de mesa y pelota.
- Surf, windsurf, esquí acuático y navegación de recreo a vela o en yate hasta 3 millas de la costa.
- Equitación.
- Submarinismo con inmersiones hasta 30 metros de profundidad.

4

ACTIVIDADES EXCLUIDAS

QUEDAN EXCLUIDOS DE LAS GARANTÍAS DEL PRESENTE SEGURO, LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO PRACTICANDO LOS DEPORTES Y/O ACTIVIDADES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

- a. Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte.
- b. Los accidentes que resulten de la práctica como aficionado de cualquier deporte que no se encuentre en la relación de las actividades incluidas.
- c. Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, a menos que el asegurado ocupe plaza como pasajero en aeronaves debidamente autorizadas para el transporte público de pasajeros. No obstante, quedan excluidos los accidentes viajando como miembro de la tripulación así como la realización de trabajos de fotografía aérea, fumigación u otros semejantes.

Así como las actividades deportivas siguientes:

- **Deportes aéreos:** paracaidismo, parapente, ala delta y cualquier otro deporte aéreo.
- **Deportes terrestres:** escalada, espeleología, descenso de barrancos y cañones, freeride de descenso tanto en esquí como en bicicleta, puenting, saltos desde acantilados, automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus disciplinas.
- **Deportes acuáticos:** submarinismo más de 30 metros, kitesurf, hidrospeed, rafting, descensos de aguas bravas en todas sus modalidades.
- **Deportes de contacto:** boxeo, esgrima, judo, lucha grecorromana, lucha libre olímpica, taekwondo, rugby, fútbol americano, hockey sobre hielo, artes marciales mixtas, bando kick boxing, eskrima, full contact, jiu-jitsu brasileño, karate, kendo, kick boxing, lethwei, lucha leonesa, lucha libre profesional, muay thai, puroresu, sambo, san da, savate, shoot fighting, shoot wrestling y sumo.

Baremo para valorar el grado de invalidez permanente:

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

Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30%
Traqueotomizado permanente con cánula	30%
Mamectomía unilateral	15%
Mamectomía bilateral	30%
Abdomen y pelvis	
Pérdida total del bazo	15%
Pérdida de un riñón	25%
Pérdida de dos riñones	70%
Destrucción completa del pene	35%
Pérdida traumática de un testículo	15%
Pérdida traumática de los dos testículos	30%
Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	35%
Pérdida de la matriz	30%
Pérdida de un ovario	15%
Pérdida de los dos ovarios	30%
Columna cervical	
Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	25%
Columna dorso lumbar	
Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación superior al 30%	25%
Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación inferior al 30%	15%
Afectación traumática de una vértebra o un disco intervertebral	5%
Extremidades superiores	
Pérdida funcional completa o amputación:	
– De ambos brazos o ambas manos	100%
– De una mano o un brazo y un pie o una pierna	100%
– De un brazo	75%

– De una mano por la muñeca	60%
– Del dedo pulgar	22%
– Del dedo índice	15%
– De uno de los demás dedos de la mano	10%
Pérdida total de movimiento:	
– Del hombro	25%
– Del codo	20%
– De la muñeca	15%
Extremidades inferiores	
Pérdida funcional completa o amputación:	
– De ambas piernas o pies	100%
– De un pie o una pierna y de una mano o de un brazo	100%
– De una pierna por encima de la rodilla	75%
– De una pierna por debajo de la rodilla	60%
– De un pie	50%
– Del dedo gordo de un pie	10%
– De uno de los demás dedos del pie	5%
Pérdida total de movimiento:	
– De la cadera	30%
– De la rodilla	25%
– Del tobillo	20%
Acortamiento de un miembro:	
– Inferior a 3 cm	10%
– Superior a 3 cm	15%
Fractura no consolidada	20%
Sistema nervioso o central	
Paraplejía, tetraplejía o hemiplejía completa	100%

El asegurador pagará al beneficiario, en caso de accidente cubierto por la póliza, los capitales que correspondan, de conformidad con las condiciones particulares de la póliza, para las siguientes garantías:

1. Muerte por accidente

Si el asegurado fallece por causa directa de un accidente cubierto por la póliza, **dentro del plazo de dos años, a contar desde la fecha del accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro**, el asegurador indemnizará el capital pactado en las condiciones particulares para el riesgo de muerte, al beneficiario designado en la póliza.

El beneficiario podrá solicitar al asegurador un anticipo a deducir de la indemnización, equivalente al **10%** de la suma asegurada para caso de muerte por accidente, al objeto de atender los gastos urgentes derivados del fallecimiento accidental del asegurado (sepelio, impuestos, etc.). **En ningún caso el anticipo podrá ser superior a 10.000 euros.**

Si con anterioridad al fallecimiento del asegurado, el asegurador hubiera abonado una indemnización por invalidez permanente a causa del mismo accidente, esta cantidad será deducida de la indemnización que le corresponda abonar por esta cobertura de muerte por accidente.

2. Invalidez permanente por accidente

A efectos de la presente garantía la invalidez permanente podrá ser:

■ **Invalidez permanente absoluta**, según definición del artículo preliminar. También se considerará que existe una invalidez permanente absoluta cuando el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza sufra lesiones residuales, que de acuerdo con el baremo establecido en estas condiciones generales para valorar los grados de invalidez permanente,

resulten indemnizables con el 100% del capital asegurado para la cobertura de invalidez permanente por accidente.

■ **Invalidez permanente parcial**, según definición del artículo preliminar. Se considerará que existe una invalidez permanente parcial cuando el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza sufra lesiones residuales, que de acuerdo con el baremo establecido en estas condiciones generales para valorar los grados de invalidez permanente, resulten indemnizables con porcentajes inferiores al 100% del capital asegurado para la cobertura de invalidez permanente por accidente.

En caso de invalidez permanente absoluta o parcial del asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, **declarada dentro del plazo máximo de 2 años, a contar desde la fecha del accidente ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, el asegurador abonará la indemnización, que corresponda a su grado de invalidez de acuerdo con los porcentajes indicados en el baremo establecido en estas condiciones generales, aplicados sobre el capital pactado en las condiciones particulares de la póliza para la invalidez permanente por accidente.**

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

Normas para la valoración de invalidez

- Para las lesiones no previstas en el baremo anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía con los porcentajes señalados.
- La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro, equivale a la pérdida total del mismo.
- Las pérdidas anatómicas o funcionales de carácter parcial se fijarán proporcionalmente en relación con la pérdida absoluta del órgano o miembro afectado.

- La suma de diversas pérdidas parciales, con referencia a un mismo miembro u órgano, no superará el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida absoluta del mismo.
- El grado de invalidez, cuando un mismo accidente cause diversas lesiones al asegurado, se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin que en ningún caso la indemnización pueda sobrepasar el 100% del capital asegurado para la garantía de invalidez permanente por accidente.
- Si un miembro afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre la invalidez preexistente y la que resulte del accidente.
- Si con posterioridad a que el asegurador hubiera indemnizado al asegurado por una invalidez permanente parcial, se declarase la invalidez permanente absoluta a consecuencia del mismo accidente, el asegurador indemnizará la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para esta cobertura.

3. Invalidez temporal por accidente – indemnización diaria

Mediante la contratación de esta garantía, el asegurador abonará al asegurado, por mensualidades vencidas, la cantidad pactada en las condiciones particulares de la póliza, por cada día de baja total, con sujeción a las siguientes normas:

- El período máximo de indemnización de esta garantía será de 365 días a contar desde la fecha del accidente.
- La indemnización diaria por invalidez temporal cesará en el momento en el que se haya declarado la invalidez permanente del asegurado.
- En pólizas de duración inferior a un año, el período máximo de indemnización quedará limitado al número de días comprendido en el período de seguro.

- Cuando la persona asegurada ejerza una profesión manual, la indemnización le será satisfecha mientras la invalidez temporal le impida dedicarse a su trabajo habitual.
- Cuando la persona asegurada ejerza una profesión no manual o no desempeñe trabajo alguno, la cantidad diaria le será satisfecha mientras la invalidez temporal le impida abandonar su domicilio, reduciéndose a la mitad en el momento en que pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o abandone su domicilio.
- Los partes de baja y alta médica deberán ser confeccionados por facultativos médicos designados de común acuerdo entre el asegurado y asegurador.

4. Gastos de asistencia sanitaria por accidente

Mediante la contratación de esta garantía, el asegurador tomará a su cargo hasta el total restablecimiento del asegurado **y como máximo durante el plazo de un año a contar desde la fecha del accidente**, el pago de los gastos de asistencia sanitaria que precise el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

La cuantía de los gastos de asistencia sanitaria por accidente **se limita por cada siniestro al capital indicado en las condiciones particulares**. El asegurado podrá elegir los facultativos o centros sanitarios que prefiera.

Se consideran incluidos en esta cobertura:

- Los gastos de traslado, inmediatamente posteriores al accidente y los que resulten necesarios para la debida asistencia del accidentado.
- Los gastos farmacéuticos y de hospitalización en clínicas, centros médicos y hospitales.
- Los gastos por adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, óptica y/o acústica que necesite el asegurado, como consecuencia de un accidente, por

prescripción médica. **Para esta prestación se establece el límite de 3.000 euros.**

- Los gastos de desplazamiento del asegurado, cuando por indicación del facultativo que le asista y **previa autorización del asegurador**, haya de ser tratado o examinado en población distinta a la de su residencia.
- Los gastos médicos, honorarios profesionales, material quirúrgico, estancia en clínica y prótesis, si el asegurado decide someterse a una operación a fin de reparar o corregir defectos o menoscabos que deforman el aspecto físico del asegurado de forma permanente, ocasionados en un accidente amparado por la póliza. **Para esta prestación se establece el límite de 3.000 euros.**

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

5. Muerte por infarto de miocardio derivado de la actividad laboral

Mediante la contratación de esta garantía, queda sin efecto la exclusión referente al infarto de miocardio recogida en el artículo 2 “Exclusiones generales”.

Si como consecuencia directa y exclusiva del desarrollo de su actividad laboral, se produjera el fallecimiento del asegurado por un infarto de miocardio, el asegurador indemnizará al beneficiario con el capital establecido en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía, **siempre que el fallecimiento del asegurado acontezca dentro del plazo máximo de dos años desde la fecha de ocurrencia del infarto de miocardio.**

En esta póliza se considera que el infarto de miocardio es consecuencia de la actividad laboral cuando:

- **Sea calificado como accidente de trabajo por la mutua de accidentes de trabajo correspondiente, siempre que el asegurado tenga derecho a las prestaciones de la Seguridad Social.**

- El asegurado no tenga derecho a las prestaciones de la Seguridad Social; siempre que así lo acuerden los peritos médicos de las partes, en base a los criterios que esté aplicando para este hecho la Seguridad Social.

Igualmente, es condición indispensable, para la aplicación de la garantía de muerte por infarto de miocardio derivado de la actividad laboral, que dicho infarto sea la primera y única causa de fallecimiento del asegurado.

El pago del capital por esta garantía es incompatible con cualquier otra indemnización como consecuencia del fallecimiento del asegurado.

Queda excluida la muerte del asegurado que, aún ocurrida durante el período de vigencia del seguro, tenga su causa directa en un infarto de miocardio sufrido con anterioridad a la vigencia de la póliza.

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

6

ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS GARANTÍAS

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

- Muerte por accidente.
- Invalidez permanente por accidente.
- Invalidez temporal por accidente – indemnización diaria.
- Muerte por infarto miocardio derivado de la actividad laboral.

El ámbito territorial se limita al territorio español para la garantía:

- Gastos de asistencia sanitaria por accidente.

1. Conceptos a los que se aplica

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

Salvo pacto expreso en contrario en las condiciones particulares, los capitales asegurados y la prima correspondientes a las coberturas “Muerte por accidente”, “Invalidez permanente por accidente” y “Gastos de asistencia sanitaria por accidente”, quedarán modificados en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones, que experimente el Índice general de precios al consumo, que publica el Instituto Nacional de Estadística.

Los capitales asegurados, y por tanto las primas, se revalorizarán en cada anualidad de póliza de acuerdo con el índice de Precios al Consumo Conjunto Nacional publicado por el INE.

A estos efectos se tomará el valor publicado por el INE como tasa de variación interanual del IPC del mes de junio del año anterior. Si dicho valor fuera negativo, se tomará como 0 (no se aplicará revalorización).

2. Actualización

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

Se entiende por:

- **Índice base:** El Índice general de precios al consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística, correspondiente al último mes de junio anterior a la fecha de emisión de la póliza, y que obligatoriamente ha de consignarse en la misma.

- **Índice de vencimiento:** El que se indica en cada recibo de prima y que corresponde al mes de junio anterior al vencimiento anual de la póliza que haya sido publicado por dicho organismo.

3. Renuncia a la revalorización automática

El tomador del seguro o el asegurado podrán oponerse a la revalorización automática, manifestándolo previamente al asegurador por escrito, al menos dos meses antes del vencimiento anual de la póliza.

BASES DEL CONTRATO

8

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

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

9

INFORMACIÓN AL CONCERTAR EL SEGURO, RESERVA O INEXACTITUD

- La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el tomador del seguro, de acuerdo con la solicitud y cuestionario que le ha sometido el asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por este, la asunción de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.
- En caso de reserva o inexactitud del tomador del seguro, el asegurador podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro o al asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. En el momento en que el asegurador realice esa declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.
- Si el siniestro sobreviniera antes de que el asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la

prestación de este se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del tomador del seguro, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

10 DEBER DE COMUNICACIÓN DE OTROS SEGUROS

El tomador del seguro o el asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al asegurador la existencia de otras pólizas de accidentes que se refieran a la misma persona asegurada.

11 EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo 9, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

12 FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

- En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicada al asegurador una agravación del riesgo, este puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el tomador

del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

- En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.
- El asegurador podrá, igualmente, rescindir la póliza comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

13 CONSECUENCIAS DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

14 EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

15 PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

- El contrato de seguro se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya satisfecho el recibo de la prima, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares de la póliza.
- En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

16 DURACIÓN DEL SEGURO

- Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares de la misma.

- A la terminación del período indicado en las condiciones particulares de la póliza, esta se entenderá prorrogada por el plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.
- Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
- 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.
- La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por períodos inferiores a un año.
- **Sin perjuicio de lo establecido en la garantía de fallecimiento por infarto de miocardio derivado de la actividad laboral, el resto de garantías, y por lo tanto el seguro, se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de setenta años.**
- Además, si durante la vigencia de la póliza se produce el fallecimiento o la invalidez permanente absoluta del asegurado, desde ese momento, el contrato de seguro se extingue y el asegurador tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.
- **Si el asegurado traslada su domicilio al extranjero, quedarán sin efecto las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad del seguro en curso.**

17

PAGO DE LA PRIMA

1. Tiempo del pago

El tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del

contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

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

2. Lugar del pago

Si en las condiciones particulares de la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de efectuarse en el domicilio del tomador del seguro.

3. Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del tomador del seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima en curso.

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

El tomador del seguro, asegurado o beneficiario deberá comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, siendo reclamables por el asegurador los daños y perjuicios que la falta de esta declaración origine, salvo que se demuestre que el asegurador tuvo conocimiento por otro medio.

El tomador del seguro, beneficiario o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización, o el rehusé del siniestro solo se producirá en caso de concurrir dolo o culpa grave.

En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación, salvo pacto en contrario, deberá hacerse a cada uno de ellos con indicación del nombre de cada uno de los demás, de acuerdo con lo antes expresado en este mismo artículo.

El asegurado o tomador del seguro deberá someterse a reconocimientos médicos por cuenta del asegurador, tantas veces como este lo considere oportuno, así como facilitar cualquier averiguación o comprobación que el asegurador considere necesario, desligando, a tal fin, del secreto profesional a todos los médicos que hayan visitado o atendido al asegurado.

El asegurado, beneficiario o tomador del seguro deberá aportar toda la documentación relacionada con el accidente que el asegurador considere necesaria.

En caso de fallecimiento del asegurado, el beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o el certificado médico de defunción.
- Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- Carta de exención del impuesto sobre sucesiones, o de la liquidación si procede, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda.
- El certificado de autopsia, si esta se ha realizado.

19**SINIESTROS – DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN**

Los capitales asegurados para cada una de las garantías pactadas, representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el asegurador en cada siniestro.

En el caso de invalidez permanente, que se derive de accidente cubierto por la póliza, la determinación del grado de invalidez se efectuará una vez que el estado del asegurado sea reconocido como definitivo. El asegurador fijará el grado de la misma de acuerdo con el certificado médico de invalidez y con el baremo y las normas para la valoración de la invalidez que se establecen en el artículo 5 apartado 2 de estas condiciones generales.

Si el asegurado no estuviese de acuerdo con el grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme al artículo 38 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.

20**SINIESTROS – PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

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

- Recibida la documentación necesaria, determinadas las indemnizaciones que resulten debidas y comunicadas a los interesados y, después de recibir su aceptación, el asegurador procederá al pago.
- La indemnización se satisface en España, en moneda española.

- En caso fallecimiento por accidente, el asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante de la liquidación del impuesto sobre sucesiones u otros tributos que en lo sucesivo puedan gravar la indemnización.
- El asegurador no está obligado a abonar anticipos, salvo lo dispuesto en el artículo 5 para el caso de muerte por accidente o cuando se contemple lo contrario en la póliza.
- Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiese indemnizado el daño o no hubiere procedido al pago del importe mínimo que pueda deber, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, la indemnización se verá incrementada por mora del asegurador con el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

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

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

21 SUBROGACIÓN

- El asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo anterior lo relativo a la garantía de gastos de asistencia sanitaria por accidente.

- El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado.
- El asegurado responderá ante el asegurador de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.
- El asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas, cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea respecto del asegurado pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado.

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

22 NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

23 PRESCRIPCIÓN

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

24 ARBITRAJE

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

25 COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

- Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador de seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel, señalado en la póliza, o mediante correo electrónico a las direcciones de correo electrónico comunicadas por el asegurador a tales efectos.
- Las comunicaciones al tomador de seguro, al asegurado o al beneficiario se tendrán como válidamente efectuadas cuando se remitan a sus domicilios, mediante correo electrónico o a los números de teléfono aportados por éstos al principio de la relación contractual o a lo largo de la misma. Para ello, será necesario que tanto la dirección postal, como el correo electrónico y el número de teléfono se actualicen por sus titulares ante el asegurador de forma inmediata. El asegurador no será responsable de las consecuencias derivadas de la falta de actualización de los anteriores medios de contacto.
- Igualmente, será necesario que el tomador comunique al asegurador los cambios en la cuenta bancaria en la que se realizan la domiciliación del pago de los recibos de la póliza a la mayor brevedad posible.
- Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara este, salvo expresa indicación en contrario por parte 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 de seguro en vigor.

- Todo cambio solicitado por el tomador será recogido en un suplemento que le será facilitado para acreditar el cambio.
- El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado, para lo cual este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo era en el extranjero.

26**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.



Liberty
Seguros®

libertyseguros.es