

Asistencia en Viaje

Ocaso oro

CONDICIONES GENERALES

Mod. 22001/03



MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

CONDICIONES GENERALES

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

© caso oro

ASISTENCIA EN VIAJE

**MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL**

EN CASO DE SINIESTRO

Póngase en contacto con Línea Directa Asistencia Ocaso (24 horas).

Si llama desde España: Teléfono: **900 14 15 16** (Llamada gratuita).

Si llama desde el Extranjero: Teléfono: **00 34 915 420 203** (A cobro revertido).

E-mail: **atencion.asegurado@ocaso.es**

Telefax: **0034 915 418 509**

No dude en llamarnos, estamos a su servicio las 24 horas del día.

Siempre que comunique con nosotros, indíquenos:

Su número de Póliza.

Su Nombre y Apellidos.

Lugar y teléfono donde se encuentra.

Naturaleza de su problema.

ATENCIÓN AL ASEGURADO

En Ocaso estamos siempre cerca de usted para solucionarle sus problemas las 24 horas del día. Por eso hemos puesto a su disposición nuestro Centro de Atención al Cliente, con el que podrá contactar llamando al teléfono:

Teléfono: **900 32 00 32**

DEFINICIONES

GARANTÍAS PRINCIPALES

- SERVICIO DE DECESOS
- ASISTENCIA PERSONALIZADA EN CASO DE FALLECIMIENTO
- TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL
- ASISTENCIA EN VIAJE
- ORIENTACIÓN LEGAL
- ACCIDENTES PERSONALES
- RESPONSABILIDAD CIVIL, DEFENSA JURÍDICA Y FIANZAS

BASES DEL CONTRATO Y NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

GARANTÍA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS PARA DAÑOS EN LAS PERSONAS

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

PRELIMINAR

Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro ("B. O. E." de 17 de octubre de 1980), están sujetas a la Ley 30/1995 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y cumplen los requisitos exigidos en el Reglamento de 20 de noviembre de 1998 que la desarrolla en lo que se refiere al Seguro de Decesos como Ramo de prestación de servicios, no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del Seguro. Asimismo, la actividad de Ocaso, S.A. está sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. ACCIDENTE

Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia del contrato, que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca la invalidez o la muerte del mismo.

2. ASEGURADO

La persona o personas físicas incluidas en la relación nominal que figura en las Condiciones Particulares.

3. ASEGURADOR

OCASO, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, que como Entidad Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado.

4. BAREMO

Lista o relación de lesiones con su valoración correspondiente.

5. BENEFICIARIO

La persona o personas físicas o jurídicas titulares del derecho a recibir las indemnizaciones derivadas de los riesgos cubiertos.

6. CUESTIONARIO-SOLICITUD

Formulario a través del cual el Asegurador obtiene del Tomador y del Asegurado la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar, para y a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

7. DAÑOS MATERIALES

El daño, deterioro o destrucción de una cosa.

8. DAÑOS PERSONALES

Lesión corporal o muerte causadas a personas físicas.

9. DOMICILIO DEL ASEGURADOR, DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO

Los que figuran indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, que serán los pertinentes a todos los efectos.

10. ENFERMEDAD

Alteración del estado de salud, constatada y confirmada médicamente que no es consecuencia de un accidente, que precisa asistencia facultativa y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

MODELO CONTRATO OCASO oro

11. ESPAÑA, ESTADO ESPAÑOL, TERRITORIO NACIONAL O ESPAÑOL

A efectos de la Póliza se entenderá como España, Estado Español, Territorio Nacional o Territorio Español, el lugar físico y concepto geográfico que comprende el Territorio Español Peninsular, Ceuta, Melilla, Islas Baleares y Canarias.

12. EXTRANJERO

A efectos de la Póliza se entenderá por Extranjero, la persona física o jurídica que no posea la NACIONALIDAD ESPAÑOLA.

También se considerará con este término, el lugar físico y concepto geográfico situado fuera del País de la nacionalidad del Asegurado indicada en la póliza y de España.

13. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La pérdida de la vida del Asegurado sobrevenida en un accidente o como resultado directo y comprobado del mismo, siempre que ocurra durante el plazo de un año desde la fecha en que se produjo el accidente. En caso de superar dicho plazo, corresponderá a los beneficiarios la prueba de la conexión entre el accidente y el fallecimiento.

14. HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos o intervenciones quirúrgicas. A efectos de la póliza no se consideran hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

15. HOSPITALIZACIÓN

Periodo de tiempo, medido en estancias, que permanece ingresado el Asegurado como paciente en régimen cerrado, esto es, que permanezca en el hospital, pernocte y haga las comidas principales en el centro hospitalario.

16. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Es la operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otro sistema de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

17. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

La pérdida o impotencia funcional de miembros u órganos del Asegurado, que se manifieste dentro del plazo de un año desde la ocurrencia del accidente, y cuya recuperación no sea posible de acuerdo con el dictamen de los informes médicos.

En caso de superar el plazo de un año indicado, corresponderá al Asegurado la prueba de la conexión entre el accidente y la situación de invalidez.

18. INVALIDEZ TEMPORAL

Situación del Asegurado afectado por lesiones que le impiden temporalmente desarrollar de forma parcial o total sus actividades laborales habituales.

19. LESIÓN

Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

20. OCUPACIÓN

Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona, destinadas a la realización de una actividad, oficio, empleo o trabajo.

21. PERJUICIO

La pérdida económica, consecuencia directa de los daños materiales o personales sufridos por dicha pérdida.

22. PERIODO DE CARENCIA

Plazo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, durante el cual no entra en vigor alguna de las coberturas de la póliza.

23. PÓLIZA

El documento contractual que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Especiales de cada garantía, las Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos y apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

24. PREEXISTENCIA

Toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médicoquirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración y siempre que no fuera declarada en el momento de cumplimentar el cuestionario de salud. Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia o circunstancias, relativas al estado de salud, que graven el riesgo y sean de tal

naturaleza que de haber sido conocidas por el Asegurador, en el momento de la perfección del contrato, éste no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

25. PRIMA

El precio del Seguro. El recibo contendrá además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

La prima será única por todo el período del Seguro.

26. SERVICIO DE DECESOS

El conjunto de elementos y servicios para efectuar el sepelio del Asegurado fallecido.

27. SINIESTRO

Evento cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías de la Póliza.

Se considerará como un solo y único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa.

La fecha del siniestro será la del momento en que se produjo el primero de los daños.

28. SUMA ASEGURADA

La cantidad fijada en estas Condiciones Generales que representa el límite máximo de la indemnización o valor del servicio prestado por el Asegurador en cada siniestro, para cada una de las garantías de la póliza.

29. TERCEROS

Cualquier persona física o jurídica distinta de: el Tomador del Seguro, el Asegurado, sus cónyuges, ascendientes, descendientes, familiares y demás personas que con ellos convivan, así como los empleados domésticos y asalariados.

30. TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato.

31. VIAJE

Desplazamiento físico temporal realizado fuera del domicilio indicado por el Asegurado, desde su salida de este, hasta su regreso al mismo, a la finalización del desplazamiento.

GARANTÍAS PRINCIPALES

ARTÍCULO PRIMERO / ASISTENCIA ORO

1. SERVICIO POR DECESOS

1.1. EXTENSIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

1.1.1. El Asegurador garantiza al Asegurado de esta Póliza la prestación de un servicio de enterramiento o de incineración, como consecuencia del fallecimiento del mismo, consistente fundamentalmente en:

- Caja, conducción fúnebre y acompañamiento.
- Servicios religiosos.
- Servicios de cementerio.
- Servicios complementarios tales como coronas, esquelas, tanatosalas, etc.
- Documentación, trámite y diligencias precisas para este servicio.

El Tomador o en su defecto los Beneficiarios, caso de desearlo, podrá elegir los distintos elementos componentes del servicio, cuyo límite máximo a cargo del Asegurador no podrá ser superior a la suma asegurada que figure en el momento del fallecimiento en las condiciones generales de la Póliza, que se aplicará íntegramente en el servicio.

1.1.2. El Asegurador garantiza la prestación del servicio aún cuando el fallecimiento del Asegurado haya sido producido por suicidio.

1.1.3. La prima de esta garantía ha sido calculada técnicamente en función de la suma asegurada en el momento de contratación de la Póliza.

1.1.4. Esta garantía tomará efecto -plazo de carencia- a los 30 días de la fecha de formalización del Contrato de Seguro, una vez abonada la Prima Única, salvo que el fallecimiento se haya producido por accidente, en cuyo caso el efecto es inmediato.

En caso de demora en el cumplimiento de dicho requisito, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir del momento que se haga efectivo el importe del seguro, manteniéndose el periodo de carencia establecido en el apartado anterior de este mismo artículo desde la fecha del abono de la prima.

1.2. PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO

No son asegurables las personas que al formular el Seguro tengan más de 70 años o que padezcan cualquier tipo de enfermedad que limite su esperanza de vida, salvo que expresamente se haga constar esta circunstancia y se pague por tanto la sobreprima correspondiente.

En el supuesto de reserva y/o declaración inexacta de la edad o del estado de salud del Asegurado cubierto por la garantía, el Asegurador podrá rescindir el CONTRATO, mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva y/o declaración inexacta.

Corresponderán al Asegurador las primas correspondientes al periodo en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniere antes de que el Asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que correspondería de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva y/o declaración inexacta se hubiera producido mediante dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado de la prestación.

1.3. EXCLUSIONES A ESTA GARANTÍA

Quedan excluidos todos los riesgos de guerra, revolución, motines, epidemias y los declarados por el Gobierno de carácter catastrófico.

1.4. SUMA ASEGURADA

MIL DOSCIENTOS EUROS (1.200,00 €).

2. ASISTENCIA PERSONALIZADA EN CASO DE FALLECIMIENTO

2.1. DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

OCASO, S.A. garantiza a los derechohabientes del Asegurado fallecido un servicio de Asistencia Personalizada, con el fin de realizar las gestiones necesarias para proceder a su inhumación o incineración.

3. TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

3.1. EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

OCASO, S.A., garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cadáver del Asegurado que en dicha Póliza figura, en los siguientes supuestos:

Para Españoles que FALLEZCAN EN CUALQUIER LUGAR DEL TERRITORIO ESPAÑOL O DEL RESTO DEL MUNDO, AL CEMENTERIO O PLANTA INCINERADORA DENTRO DEL TERRITORIO ESPAÑOL ELEGIDO LIBREMENTE POR LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO FALLECIDO, sin limitación de kilometraje alguno.

Para Extranjeros nacionales de países pertenecientes a la Unión Europea que estando de viaje en España, FALLEZCAN EN CUALQUIER LUGAR DEL TERRITORIO ESPAÑOL, AL CEMENTERIO DE LA LOCALIDAD DEL PAÍS DE ORIGEN DEL ASEGURADO FALLECIDO DESIGNADO EN PÓLIZA.

Para Extranjeros nacionales de países no pertenecientes a la Unión Europea que estando de viaje en España, FALLEZCAN EN CUALQUIER LUGAR DEL TERRITORIO ESPAÑOL, AL AEROPUERTO INTERNACIONAL MÁS CERCANO A LA LOCALIDAD DEL PAÍS DE ORIGEN DEL ASEGURADO FALLECIDO DESIGNADO EN PÓLIZA.

El traslado del Asegurado se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes se concedan las oportunas autorizaciones, no medien causas de fuerza mayor que lo impidan y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que OCASO, S.A. designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

3.2. DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

La presente garantía es complementaria a la de **SERVICIO POR DECESOS**.

Si se realizase un traslado, sea nacional o internacional, el Asegurador agotará en primer lugar el capital garantizado en Póliza, en segundo término el Asegurador asumirá los gastos de inhumación o incineración del Asegurado fallecido. En el supuesto de que una vez finalizado la totalidad del servicio aún no se hubiera agotado el capital de Decesos, la Compañía indemnizará por la diferencia resultante.

En ningún caso, los familiares o derechohabientes del Asegurado fallecido, pueden pretender, en caso de traslado, el reembolso de los gastos efectuados directamente por ellos mismos, sin previa autorización de OCASO, S.A., salvo en los casos de urgencia vital y siempre que se avise a OCASO, S.A., en las 24 horas siguientes.

La no utilización de la garantía de Traslado, no da derecho a reclamación de indemnización por parte de los derechohabientes del Asegurado fallecido.

Aquellas coberturas que se garantizan de forma específica, quedarán limitadas al valor garantizado en las Condiciones Particulares que regulan las mismas.

3.3. ACOMPAÑANTE / ESCOLTA EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO

Los familiares o derechohabientes del Asegurado, habiendo éste fallecido en el transcurso de un viaje garantizado en la Póliza, tendrán derecho a un billete de avión o del medio de transporte idóneo (ida y vuelta, siempre público y colectivo en clase turista), para que la persona que designen pueda viajar desde España o lugar de origen del Asegurado fallecido, hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

Los Asegurados que viajen a Ceuta, Melilla, Baleares y Canarias, a estos efectos se tomará como viaje al extranjero.

Caso de que se trate de Asegurados cuyo domicilio en Póliza se encuentre en Ceuta, Melilla, Baleares o Canarias, la cobertura se dará igualmente si el fallecimiento ocurre en la Península.

No será así cuando la residencia del Asegurado y el lugar de fallecimiento sea en dichas plazas.

3.4. GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE / ESCOLTA DE RESTOS MORTALES

De aplicarse la cobertura anterior, si el acompañante designado debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales, el Asegurador reembolsará los gastos de estancia y manutención, con un límite de **DOSCIENTOS EUROS DIARIOS (200,00 €)**, hasta un máximo de **DIEZ DÍAS (10 DÍAS)** contra la presentación de las facturas originales correspondientes.

3.5. RETORNO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES DEL FALLECIDO

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de familiares, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos, hasta España o al lugar de origen del Asegurado fallecido, en los términos establecidos en el punto 3.1.

4. ASISTENCIA EN VIAJE

ÁMBITO TERRITORIAL

Para Españoles, será cualquier lugar del mundo, incluyendo España, pero sólo cuando el Asegurado se encuentre realizando un viaje a más de 25 kilómetros de su residencia habitual y fuera del límite territorial de la provincia de referencia. A estos efectos, en los casos particulares de las Islas Canarias y Baleares, el límite provincial será la propia isla y en Ceuta y Melilla, esta limitación será su propio ámbito territorial, con excepción de aquellas coberturas en donde se especifique que sólo serán de aplicación en el extranjero.

Para Extranjeros será España. Estarán cubiertos aquellos desplazamientos fuera de España no superiores a TREINTA DÍAS (30 DÍAS).

EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Es objeto de la presente garantía la prestación de los servicios o el pago de los gastos que se indican en los puntos siguientes.

DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

La presente garantía es complementaria a la de SERVICIO DE DECESOS.

4.1. GASTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Honorarios médicos

El Asegurador reembolsará el importe de los honorarios satisfechos a los facultativos que presten al Asegurado la atención médica primaria en caso de enfermedad o accidentes graves, inclusive

la de carácter quirúrgico.

Gastos farmacéuticos

El Asegurador reembolsará el importe de aquellos fármacos que hayan sido aceptados por los facultativos indicados en el párrafo anterior.

Hospitalización

De determinarse con los servicios médicos de la Aseguradora, en colaboración con los facultativos que estuvieran atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, los gastos de traslado hasta el centro donde haya de quedar ingresado, estancia y medicación que le sea suministrada en el mismo, serán de cargo del Asegurador, así como los gastos de cualquier intervención quirúrgica que fuera necesaria.

Los límites de las coberturas recogidas en el presente punto 4.1. para Españoles, serán de MIL OCHOCIENTOS EUROS (1.800,00 €) en España y en el Extranjero de VEINTE MIL EUROS (20.000,00 €), y para Extranjeros, serán de MIL OCHOCIENTOS EUROS (1.800,00 €).

Para solicitar el reembolso de alguno de los puntos anteriores del ARTÍCULO CUARTO (ASISTENCIA EN VIAJE), es necesario que se presenten las facturas originales así como el informe médico si la enfermedad o accidente lo requiere.

4.2. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA

El Asegurador se hará cargo, hasta un límite de MIL EUROS (1.000,00 €), de los gastos ocasionados en el extranjero a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia.

4.3. TRASLADO EN AMBULANCIA, CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE OCURRIDO EN ESPAÑA

En caso de accidente o enfermedad grave de un Asegurado, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de ambulancia necesarios para su traslado desde el lugar de ocurrencia del siniestro, hasta el centro médico más cercano que cuente con los medios adecuados para su atención clínica. **Esta garantía sólo surtirá efecto cuando se haya producido a más de QUINCE KILÓMETROS (15 KM) de la residencia habitual del asegurado que figura en la póliza**

4.4. REPATRIACIÓN O TRASLADO SANITARIO

El Asegurador procederá al traslado, incluso con atención médicosanitaria si fuera necesario, del Asegurado que haya sufrido un accidente o enfermedad grave en el transcurso de un viaje y cuando así lo decida el médico designado por el Asegurador, en colaboración con el que trate al Asegurado en el lugar de acaecimiento de los eventos dañosos, hasta el centro hospitalario más próximo.

De producirse la hospitalización del Asegurado, en su momento y de ser necesario, el Asegurador realizará el subsiguiente traslado hasta el domicilio o residencia del Asegurado.

Sólo las consideraciones de índole médica: urgencia, estado del enfermo o accidentado, aptitud para viajar, etc., así como otras circunstancias climatológicas, distancia, etc., serán los criterios impuestos para determinar si el transporte debe efectuarse, a dónde y por qué medio (avión sanitario, avión de línea regular, coche cama, ambulancia del equipo UVI), así como en qué condiciones.

Esta garantía se aplicará sin límite económico.

4.5. ENVÍO DE UN MÉDICO ESPECIALISTA

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado y la asistencia que le pudiera ser prestada no fuera suficientemente idónea, el Asegurador enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre.

4.6. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

4.7. CONSULTA O ASESORAMIENTO MÉDICO A DISTANCIA

Si el Asegurado precisara durante su viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a través de OCASO ASISTENCIA. Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe ser considerada como una mera sugerencia, sin que de los perjuicios que pudieran derivarse de actuaciones del titular, en base a la misma, quepa considerarse responsable, en ningún caso, el Asegurador y/o sus cuadros médicos.

4.8. ANTICIPO DE FIANZAS POR HOSPITALIZACIÓN

Cuando por accidente o enfermedad cubierto por la Póliza, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, el Asegurador se hará cargo, hasta los límites fijados para la cobertura reseñada bajo el punto 4.1., de la fianza que el Centro pueda demandar para proceder a la admisión del Asegurado.

4.9. SERVICIO DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS PARA HOSPITALIZACIÓN

Si debido a un accidente o enfermedad grave ocurrido en el transcurso de un viaje, el Asegurado precisa ser internado en un centro hospitalario, el Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el Centro Hospitalario.

4.10. INTÉRPRETE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Si con motivo de un riesgo cubierto en la Póliza el Asegurado fuera hospitalizado en el extranjero por un tiempo superior a **CUATRO DÍAS (4 DÍAS)** y fuera necesaria la prestación de un servicio de intérprete para cubrir las necesidades médico-sanitarias que la hospitalización del Asegurado requiriese, el Asegurador lo pondrá a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible. **Los gastos cubiertos por el Asegurador, quedan limitados a NOVENTA EUROS (90 €) diarios con un máximo de DIEZ DÍAS (10 DÍAS).**

4.11. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA (Gastos de convalecencia en Hotel)

Si, tras ser hospitalizado por un riesgo cubierto por la Póliza, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje, por prescripción facultativa, **el Asegurador reembolsará hasta un máximo de DIEZ DÍAS (10 DÍAS) a razón de DOSCIENTOS EUROS (200,00 €)**, contra la presentación de las facturas originales correspondientes a los gastos de alojamiento y manutención.

4.12. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado como consecuencia de un riesgo cubierto por la Póliza por tiempo superior a **CUATRO DÍAS (4 DÍAS)**, el Asegurador facilitará a la persona que aquel indique un billete de avión o el medio de transporte idóneo (ida y vuelta, siempre público

y colectivo en clase turista), para que acuda junto al asegurado hospitalizado.

4.13. GASTOS DE ESTANCIA PARA FAMILIAR ACOMPAÑANTE

En el caso previsto en la cobertura anterior, **el Asegurador abonará hasta la cantidad de DOSCIENTOS EUROS DIARIOS (200,00 €), por un tiempo de hasta DIEZ DÍAS (10 DÍAS)** contra la presentación de las facturas originales correspondientes a los gastos de alojamiento y manutención del familiar acompañante.

Esta garantía será aplicable incluso si el familiar se encontrara viajando con el Asegurado.

4.14. GASTOS DE REGRESO DE ACOMPAÑANTE

Si los acompañantes que viajasen con el Asegurado fallecido u hospitalizado, a causa de accidente o enfermedad cubierta por la póliza -en el transcurso de un viaje- no pudieran utilizar el medio de transporte previsto, el Asegurador pondrá a disposición de uno de los acompañantes un billete de avión y/o ferrocarril o del medio de transporte idóneo (siempre público y colectivo en clase turista) para llegar su lugar de origen o de destino de viaje.

4.15. REGRESO ANTICIPADO

Si el Asegurado Español o Extranjero nacional de países pertenecientes a la Unión Europea, debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana, el Asegurador le hará entrega de un billete de ferrocarril o de avión hasta el lugar de inhumación del familiar fallecido.

Para el Asegurado Extranjero nacional de países no pertenecientes a la Unión Europea, el Asegurador le hará entrega de un billete de avión hasta el Aeropuerto internacional más cercano al lugar de inhumación del familiar fallecido.

En caso de incendio grave, que provoque la inhabilitación de su domicilio permanente, el Asegurador le facilitará el retorno a su punto de origen, en las mismas condiciones indicadas para el caso de fallecimiento (punto 3.3).

4.16. ACOMPAÑANTE/ESCOLTA EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado en España, a más de 100 kilómetros de su residencia habitual, como consecuencia de accidente o muerte súbita, de no haber quien acompañe en el traslado de los restos mortales del Asegurado fallecido, se le facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de avión o del medio de transporte idóneo (ida y vuelta, siempre público y colectivo en clase turista, con origen y destino España), para que pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar, escoltando el cadáver.

4.17. GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES

De aplicarse la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales, el Asegurador reembolsará los gastos de alojamiento y manutención, con un límite de **DOSCIENTOS EUROS (200,00 €) diarios, hasta un máximo de DIEZ DÍAS (10 DÍAS)**, contra la presentación de las facturas originales correspondientes.

4.18. RETORNO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES DEL FALLECIDO

Si el Asegurado fallecido u hospitalizado por un tiempo superior a **CUATRO DÍAS (4 DÍAS)** en el transcurso de un viaje, a causa de accidente o enfermedad cubierto por la póliza, viajará en compañía de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión y/o ferrocarril o del medio de transporte idóneo (siempre público y colectivo en clase turista) para su regreso a su residencia habitual en España.

4.19. FIANZAS Y GASTOS PROCESALES

Si como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil, acaecido fuera del país de domicilio o de residencia señalado en la Póliza, el Asegurado precisará prestar Fianza Penal para obtener la libertad provisional, o necesitará efectuar provisiones de honorarios para atender a los gastos de Defensa Jurídica, podrá solicitar, previo compromiso formal de proceder a la devolución de las cantidades entregadas en el plazo de **SESENTA DÍAS (60 DÍAS), el anticipo de las sumas de VEINTE MIL y QUINCE MIL EUROS respectivamente (20.000,00 y 15.000,00 €)**, o su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago.

4.20. ASISTENCIA A MENORES DE EDAD

Si los niños que viajasen con el Asegurado quedasen sin asistencia personal por causa del fallecimiento o la hospitalización de éste, el Asegurador, organizará su regreso a su residencia habitual en España, con acompañante si fuera necesario.

4.21. SERVICIO DE INFORMACIÓN DE VIAJES AL EXTRANJERO

El Asegurado, respecto a viajes previamente contratados al extranjero, podrá solicitar del Asegurador a través de la Central Telefónica OCASO ASISTENCIA INTERNACIONAL, información básica sobre trámites burocráticos (pasaportes, visados, aduanas, vacunaciones...), u otras cuestiones de rango similar.

4.22. SERVICIO DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

El Asegurador, a través de la Central Telefónica de OCASO ASISTENCIA, informará a la familia del Asegurado, si fuera necesario, de toda solicitud de asistencia y de las operaciones de socorro desarrolladas.

4.23. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

El Asegurador, tendrá a disposición de los Asegurados el servicio de teléfono permanente de la Central de Asistencia para transmitir los mensajes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por las coberturas contenidas en este contrato.

4.24. ASISTENCIA A LOS ASEGURADOS POR ROBO EN EL EXTRANJERO

Si el Asegurado, en el transcurso de un viaje por el Extranjero, es objeto de robo de todos sus efectos personales, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, etc., el Asegurador le concederá un Anticipo de Fondos hasta un límite de **CUATRO MIL EUROS (4.000,00 €)** por persona. Asimismo, el Asegurador se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval o garantía que asegure la recuperación de la cuantía anticipada.

4.25. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES

En el caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales, debida al transporte, daños, incendio, robo y siempre que el transporte sea en avión, barco, ferrocarril o autocar, el Asegurador prestará su colaboración en las gestiones de búsqueda y localización.

4.26. ENVÍO DE OBJETOS OLVIDADOS

El Asegurador asumirá los gastos de expedición de los equipajes y efectos personales que hubieran sido olvidados o los que fueran recuperados, tanto en caso de robo como de pérdida o extravío, hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado o hasta la localidad de inicio del viaje. El límite máximo de esta cobertura es de **DOSCIENTOS EUROS (200,00 €)**.

4.27. PÉRDIDA DE EQUIPAJES

El Asegurador asumirá en caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales,

una indemnización hasta un máximo de **CUATROCIENTOS EUROS (400,00 €) por bulto, con el límite máximo de OCHOCIENTOS EUROS (800,00 €)**, que será siempre en exceso de la percibida de la Compañía de Transporte y con carácter complementario, debiendo presentarse para proceder al cobro de la misma, el justificante de haber percibido la indemnización correspondiente del transportista.

4.28. DEMORA DE LA ENTREGA DE EQUIPAJES

El Asegurador reembolsará el importe de los artículos necesarios y debidamente justificados mediante factura original, ocasionado por la demora de más de **DOCE HORAS (12 h.)** en la entrega del equipaje facturado, hasta el límite de **CUATROCIENTOS EUROS (400,00 €)**.

En su caso, esta indemnización será deducible de la que corresponda al amparo de la cobertura anterior.

4.29. DEMORA DE VIAJE

Cuando en una localidad distinta a la de residencia del Asegurado, y en relación a un viaje, en el que ya tuviera billete confirmado en avión, tren (excepto los de cercanías) o barco (siempre que la singladura tenga su origen o destino en un puerto extranjero), se produjera la cancelación, demora de su iniciación superior a **DOCE HORAS (12 h.)**, o con una noche por medio, o falta de conexión entre dos trayectos previamente concertados por retraso en el transporte, el Asegurador asumirá una indemnización de hasta **QUINIENTOS EUROS (500,00 €)** contra presentación de las facturas originales de los gastos incurridos por causa de la demora.

4.30. ANULACIÓN DE VIAJE

Si se anulara el viaje ya concertado, por fallecimiento u hospitalización del Asegurado, cónyuge,

ascendientes, descendientes, o colaterales en primer grado, o a causa de obligaciones ineludibles con la Administración (nombramiento de jurado, citación como testigo, etc.), **el Asegurador reembolsará, previa justificación, los gastos originados por la anulación, hasta un máximo de NOVECIENTOS EUROS (900,00 €).**

4.31. ASISTENCIA DOMICILIARIA A LA FAMILIA

Si en el transcurso de un viaje y como consecuencia de un accidente o enfermedad, el Asegurado debiera ser hospitalizado, y su cónyuge se desplazara hasta el lugar del acaecimiento de los hechos, todo ello por aplicación de coberturas de la Póliza, siempre que ello determinase que las personas mayores de **SETENTA AÑOS (70 años)** y/o menores de **QUINCE AÑOS (15 años)** que convivan habitualmente con el Asegurado quedasen solas en su domicilio, **el Asegurador asumirá una indemnización de hasta CIEN EUROS (100,00 €) diarios y por un máximo de DIEZ DÍAS (10 días), para que una persona los cuide.**

4.32. EXCLUSIONES A LA GARANTÍA DE ASISTENCIA DE VIAJE

- a) Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurado y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de éste, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b) Enfermedades o lesiones preexistentes, afecciones crónicas, o dolencias bajo tratamiento médico ni sus secuelas, previos a iniciar el viaje.
- c) Cuando el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico, salvo que se acredite debidamente por el Asegurado o sus causahabientes que la enfermedad o accidente, o fallecimiento en su caso, no guarda relación con el tratamiento médico origen del desplazamiento.
- d) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria

del mismo y partos, excepto complicaciones imprevisibles que se produzcan en los seis primeros meses de gestación.

- e) Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- f) Siniestros ocurridos por estar el Asegurado embriagado o bajo el efecto de drogas, estupefacientes o medicamentos, salvo que éstos hubieran sido prescritos por facultativo.
- g) La práctica como profesional de cualquier deporte, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas, así como rescate de personas en montañas, mar y desiertos.
- h) Tratamientos oftalmológicos u otorrinolaringológicos, excepto los supuestos de urgencia por accidente.
- i) Tratamientos especiales (tales como radioterapia, isótopos radiactivos, cobaltoterapia, diálisis, quimioterapia, etc.), cosméticos y/o tratamientos para adelgazar, así como trasplantes y cirugía reparadora plástica.
- j) Enfermedades mentales o nerviosas, ni su tratamiento, ni las curas de reposo.
- k) Enfermedades de transmisión sexual y especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- l) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis.
- m) Las fuerzas de la naturaleza, movimientos telúricos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc.
- n) Participación en conflictos armados, civiles o militares, revueltas e insurrecciones.

o) Efectos directos e indirectos de radiaciones nucleares o radioactividad.

p) Actos dolosos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o Causahabientes de ellos.

Para las coberturas 4.27. “Pérdida de equipajes”, 4.28. “Demora en la entrega de equipajes” y 4.29. “Demora de viaje”, se excluyen los siniestros a consecuencia de huelga legal oficialmente declarada.

4.33. NORMAS ADICIONALES

El incumplimiento de las normas señaladas a seguir en caso de siniestro se entenderá como renuncia a los beneficios de la presente garantía.

En ningún caso el Asegurado puede pretender, caso de accidente, enfermedad o traslado, el reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo, sin previa autorización del Asegurador salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que se avise al Asegurador en las 24 horas siguientes para obtener su aprobación.

5. ORIENTACIÓN LEGAL

Para Asegurados de nacionalidad Española, OCASO, S.A., garantiza la prestación de un servicio de información y orientación legal extrajudicial en España frente a las situaciones de trascendencia jurídica y administrativa, generadas como consecuencia del fallecimiento de un Asegurado.

5.1. DELIMITACIÓN DEL RIESGO

Esta garantía comprende, exclusivamente, información y orientación relativa a las siguientes materias:

SUCESIONES

Orientación relativa a organismos competentes para la solicitud de la documentación necesaria, según los casos, y plazos de presentación para la liquidación del Impuesto de Sucesiones.

PENSIONES DE VIUEDEDAD, ORFANDAD Y AUXILIO POR DEFUNCIÓN

Orientación relativa a prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social y Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores autónomos, organismos competentes para solicitarlas y documentación necesaria para ello, según los casos.

CONTRATOS DE SEGURO

Orientación relativa a derechos y obligaciones referentes a otras Pólizas de seguro que amparen el hecho causante del siniestro; actuaciones a seguir frente a la Entidad Aseguradora, obligaciones fiscales y trámites de su liquidación, cuando se requieran.

CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO

Orientación relativa a contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles firmados por el Asegurado en calidad de arrendador, arrendatario o usufructuario de los mismos; derechos de subrogación para los nuevos titulares y modo de formalizarlos.

RECLAMACIONES A TERCEROS

Orientación relativa a reclamación de responsabilidades por los daños y perjuicios sufridos por los Asegurados a consecuencia del hecho causante del siniestro cuando éste sea imputable a terceras personas; posible extensión de la responsabilidad a Entidades Aseguradoras del causante directo; actuaciones a seguir en tales casos.

5.2. EXCLUSIONES

En ningún caso se considerarán comprendidas dentro del ámbito de esta cobertura:

- a) La obligación para el Asegurador de asumir ni tener intervención en los trámites administrativos o judiciales que requieran las materias a que hace referencia.
- b) Cuestiones derivadas de relaciones contractuales asumidas por los Asegurados, salvo las mencionadas expresamente.
- c) Cualquier hecho que desborde los límites de aplicación de la Legislación Española.
- d) El pago de honorarios de cualquier tipo que sean consecuencia de actuaciones profesionales de Abogados, Procuradores, Notarios, Registradores, Gestorías, etc., que tengan intervención respecto a las materias objeto de esta cobertura más allá de las obligaciones de información y orientación que el Asegurador asume por la misma.

6. ACCIDENTES PERSONALES

6.1. EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Es objeto de la presente garantía la cobertura de los riesgos de fallecimiento e invalidez permanente del Asegurado, como consecuencia de un accidente garantizado.

6.2. DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas, cuando el Asegurado sufra un accidente garantizado en póliza, con motivo de la realización de un viaje al extranjero, tanto en el ejercicio de su ocupación declarada como en su vida privada y durante la práctica como

aficionado de los siguientes deportes: fútbol, baloncesto, balonmano, béisbol, atletismo, bolos, petanca, esgrima, golf, hockey sobre hierba, natación, pelota, tenis, balonvolea, y gimnasia.

6.3. EXCLUSIONES POR CAUSAS ACCIDENTALES

Quedan excluidos de la presente garantía:

- a) Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental.
- b) Los accidentes sufridos por el Asegurado en los casos en que se detecte en su organismo la presencia de alcohol (según los límites fijados por la normativa de tráfico en cada momento), drogas o estupefacientes no prescritos por el médico, aunque no constituyan la causa directa del accidente.
- c) Los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
- d) Los resultantes de la utilización de cualquier medio de navegación aérea en condiciones distintas a las de pasajero ordinario en líneas regulares o vuelos charter en aviones de más de veinte pasajeros.
- e) Los accidentes que tengan su origen en un acto de imprudencia temeraria o culpa grave del Asegurado y los derivados de su participación activa en actos delictivos, en apuestas, en desafíos o en riñas.
- f) Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revoluciones, insurrección o usurpación de poder, huelgas, motines, así como los provocados por las fuerzas desencadenadas por la naturaleza, tales como: terremotos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas y demás eventos similares, con

independencia de que, en caso de ocurrir en España y revestir el carácter de extraordinarios, se indemnicen por el Consorcio de Compensación de Seguros.

- g) Las lesiones, invalideces o el fallecimiento producido a consecuencia de: intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos; intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto; reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva; insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura a los cuales no esté expuesto el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto.
- h) En ningún caso serán objeto de cobertura, incluso aunque esté cubierto el accidente que los motive: las hernias de cualquier clase, las consecuencias de los esfuerzos musculares o lumbago, las varices y los infartos de cualquier territorio o tejido vascularizado.
- i) La práctica como profesional de cualquier deporte.
- j) La práctica como aficionado de: automovilismo, motociclismo, deportes aéreos, deportes náuticos practicados en el mar y piragüismo en aguas bravas.
- k) Los accidentes acaecidos, en la práctica de la profesión habitual del Asegurado, como consecuencia de:
 - La manipulación de tensiones superiores a 380 voltios.
 - La utilización de motosierras, materias explosivas, tóxicas o corrosivas.
 - Los trabajos en minas, pozos o galerías subterráneas y en los que exista el riesgo de caída libre superior a 5 metros.
- l) Sólo cuando expresamente se indique en las Condiciones Particulares, y en su caso

se abone la sobreprima correspondiente, quedarán incluidos en el seguro los accidentes que se produzcan por:

- El uso de motocicletas o ciclomotores como conductor (en las vías habilitadas al efecto), con fines particulares, quedando excluido el uso profesional y las competiciones deportivas de cualquier tipo.
- La práctica como aficionado de los siguientes deportes: Ciclismo, deportes hípicas, rugby, náutica en embarcaciones de recreo, vela o motor en ríos y lagos (excepto piragüismo en aguas bravas), caza, deportes en los que se empleen armas de fuego, tiro con arco, boxeo, judo o luchas de cualquier clase, actividades subacuáticas, espeleología, escalada y deportes de invierno.
- La manipulación de tensiones superiores a 380 voltios. La utilización de motosierras, materias explosivas, tóxicas o corrosivas. Los trabajos en minas, pozos o galerías subterráneas y en los que exista el riesgo de caída libre superior a 5 metros.

m) Suicidio o tentativa de suicidio.

n) Accidentes anteriores a la incorporación del Asegurado a la Póliza, aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia.

ñ) La práctica como aficionado de deportes notoriamente peligrosos y los no indicados anteriormente en esta garantía.

6.4. PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO

6.4.1. Personas no asegurables

a) En ningún caso se podrá concertar un contrato de seguro de accidentes personales, respecto de personas menores de **CATORCE AÑOS** (14 años) o incapacitadas,

de conformidad con lo dispuesto en el último párrafo del artículo 83 de la Ley de Contrato de Seguro.

b) **Personas lisiadas, sordas, ciegas o que se encuentren afectadas por enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedad congénita o de la médula espinal, sífilis, sida, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que a juicio del Asegurador disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.**

6.4.2. Nulidad de contrato

El contrato será nulo cuando, al concertarse el mismo, concorra alguna de las circunstancias señaladas en el punto 6.4.1.

6.5. INDEMNIZACIONES GARANTIZADAS

1. Fallecimiento por Accidente

En caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el Asegurador abonará al Beneficiario designado la totalidad de la suma asegurada por este concepto.

2. Invalidez Permanente por Accidente

En caso de invalidez permanente del Asegurado, como consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza, el Asegurador abonará las indemnizaciones que se indican en el siguiente baremo, expresadas en porcentajes de la suma asegurada, por este concepto.

BAREMO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

	Drcho.	Izqdo.
- Por la pérdida total de las dos piernas o los dos pies, de los dos brazos o las dos manos, de un brazo y una pierna o una mano y un pie	100%	
- Parálisis completa	100%	
- Ceguera total	100%	
- Enajenación mental	100%	
- Hemiplejia	100%	
- Por la pérdida total de un solo brazo o una sola mano	60%	50%
- Por la pérdida total de una pierna, por encima de la rodilla	50%	
- Por la pérdida total de una pierna, a la altura o por debajo de la rodilla	40%	
- Por la pérdida total de los dedos de la mano, pulgar e índice conjuntamente	36%	26%
- Por la pérdida total del dedo pulgar sólo	20%	15%
- Por la pérdida total del dedo índice sólo	13%	10%

	Drcho.	Izqdo.
- Por la pérdida total de los tres dedos de la mano, comprendiendo el pulgar	35%	25%
- Por la pérdida total de tres dedos de la mano, comprendiendo el índice	28%	20%
- Por la pérdida total de un dedo de la mano, que no sea el pulgar ni el índice	7%	5%
- Por la pérdida total del dedo gordo de un pie		8%
- Por la pérdida total de uno de los demás dedos de un pie		3%
- Por acortamiento de una pierna en, por lo menos, cinco centímetros		13%
- Por la pérdida total de movimiento de un hombro	25%	20%
- Por la pérdida total del movimiento del codo o de una muñeca	20%	15%
- Por la pérdida total del movimiento del tobillo		10%
- Por la pérdida total del movimiento de una cadera o una rodilla		20%
- Por la pérdida total del movimiento de la columna cervical		20%
- Por la pérdida total del movimiento de la columna lumbar		15%

	Drcho.	Izqdo.
- Por fractura no consolidada de una pierna o un pie		35%
- Por fractura no consolidada de una rótula		25%
- Por ablación de la mandíbula inferior		30%
- Por sordera completa de los dos oídos		50%
- Por sordera completa de un solo oído		15%
- Por la pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular		30%

6.6. REGLAS DETERMINATIVAS EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

La impotencia funcional y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida total del mismo.

La pérdida total de una falange del dedo pulgar de una mano o de la del dedo gordo de un pie, se indemnizará con la mitad del porcentaje señalado para dicho dedo.

La pérdida de una falange en cualquier otro dedo de la mano o del pie, se indemnizará con un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del que se trate.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado padeciese dos o más lesiones de las recogidas en el baremo, se indemnizará el conjunto de todas ellas con el porcentaje de la suma asegurada que corresponda, sin que en ningún caso la indemnización

total resultante pueda exceder del 100% de la suma asegurada para el riesgo de invalidez.

Si un Asegurado presentase ya defectos corporales al contratar la Póliza, declarados en el cuestionario, la indemnización por invalidez, pagadera en caso de accidente, se computará atendiendo a las lesiones sufridas realmente, considerándose como no afectados por el accidente los órganos o miembros ya defectuosos con anterioridad al mismo.

Si el Asegurado es zurdo, y así lo declara en el cuestionario, los porcentajes previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al izquierdo, e inversamente.

El Asegurador se reserva el derecho a nombrar médicos o clínicas para que verifiquen el estado sanitario del Asegurado.

En caso de disparidad entre las partes, sobre la determinación del tipo de lesión recogido en el baremo, se someterán a la decisión de los peritos médicos de acuerdo con el procedimiento establecido en el siguiente punto 6.7.

Los casos de invalidez permanente no enunciados de modo expreso en el baremo se indemnizarán por analogía con los que figuran en el mismo. **En todo caso, el grado de invalidez se fijará independientemente de la profesión del Asegurado.**

6.7. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

La determinación del grado de invalidez que se derive del accidente, se efectuará después de la presentación del o de los correspondientes certificados médicos de incapacidad y de las comprobaciones que el Asegurador realice al efecto.

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde,

de acuerdo con el grado de invalidez del baremo fijado en la Póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos.

A tal efecto:

- a) Cada parte nombrará un médico especialista en la materia de que se trate, debiendo constar por escrito la aceptación de estos.
- b) Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- c) En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en el que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la misma.
- d) Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán de conformidad un tercer médico de la misma especialidad que los nombrados. De no existir conformidad, la designación de este se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la elección de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

- e) El dictamen de los peritos, por unanimidad o mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas salvo que se impugne judicialmente por alguna de ellas, dentro del plazo de treinta días en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computado ambos desde la fecha de su notificación.
- f) Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- g) Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el párrafo último siguiente, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de cinco días.
- h) Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación serán de cuenta y cargo por la mitad del Asegurado y del Asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

6.8. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de los estudios y valoraciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

6.9. SUMA ASEGURADA

- Muerte: SEIS MIL EUROS (6.000,00 €).
- Invalidez: SEIS MIL EUROS (6.000,00 €).

7. RESPONSABILIDAD CIVIL, DEFENSA JURÍDICA Y FIANZAS

7.1. DELIMITACIÓN DE ESTA GARANTÍA

7.1.1. Responsabilidad Civil frente a terceros

Por esta cobertura quedan amparadas las consecuencias económicas por la Responsabilidad Civil Extracontractual que, de acuerdo con lo previsto en los artículos 1.902 y siguientes del Código Civil sea legalmente exigible al Asegurado, por daños y perjuicios causados a terceros, derivada de:

- **Particular**

Los actos u omisiones propios en su vida privada.

- **Deportista**

Los daños producidos con ocasión de la práctica, como aficionado, de cualquier deporte, excluida la caza y las reclamaciones derivadas por los daños sufridos por el animal que sirva de montura en la práctica como aficionado de la monta a caballo.

- **Propietario o usuario de bicicletas**

Los daños producidos por el uso de bicicletas en la vía pública.

• Viaje al extranjero

También queda amparada la Responsabilidad Civil en que pudiera incurrir el Asegurado a consecuencia de siniestros ocurridos en el extranjero para Españoles y en España para extranjeros, a excepción de los siniestros ocurridos con carácter profesional.

Esta garantía de Responsabilidad Civil Familiar de los Asegurados, en el transcurso de un viaje por el extranjero, tendrá el mismo periodo de cobertura que las garantías de Traslado Internacional y Asistencia en Viaje.

El Asegurador indemnizará únicamente en Euros y en España, entendiéndose cumplida su obligación en el momento en que deposite en un Banco o Caja de Ahorros español la cantidad que esté obligado a satisfacer al Asegurado como consecuencia de su responsabilidad según la legislación del país respectivo. Para hacer la conversión se atenderá a la tabla de conversión de divisas del día del depósito.

7.1.2. Defensa Jurídica

Queda cubierta la defensa del Asegurado en caso de reclamaciones judiciales o extrajudiciales promovidas contra el mismo con motivo de siniestros amparados por la Póliza, incluso cuando dichas reclamaciones fueran infundadas.

Dicha defensa será dirigida por el Asegurador, quien designará a los abogados y procuradores que deban hacerse cargo de la misma, comprometiéndose el Asegurador a prestar la colaboración necesaria, otorgando al efecto los poderes y la asistencia personal que fueran precisos.

A la vista del fallo que recayera en el procedimiento judicial, el Asegurador resolverá sobre la conveniencia de ejercitar los recursos legales que procedan. No obstante, si el Asegurador estimara improcedente el recurso, lo comunicará al Asegurado, quedando este en libertad

de interponerlo por su cuenta y el Asegurador obligado a reembolsarse de todos los gastos ocasionados por la tramitación del mismo, en el caso de que prosperase. Cuando, en el caso de una reclamación judicial o extrajudicial comprendida en esta cobertura, quien reclame esté también Asegurado con la Compañía o exista algún otro conflicto de intereses, esta lo pondrá en conocimiento de aquel, sin perjuicio de realizar aquellas diligencias que por su carácter urgente, sean necesarias para la defensa. El Asegurado podrá optar entre el mantenimiento de la dirección jurídica por el Asegurador o confiar su propia defensa a otra persona. En este último caso, el Asegurador quedará obligado a abonar los gastos de tal dirección jurídica hasta el límite pactado en la Póliza.

Cuando la indemnización que deba satisfacer el Asegurador en aplicación de los límites contratados por la garantía de Responsabilidad Civil no alcance a cubrir la totalidad de la que se señale en sentencia a cargo del Asegurado, los gastos causados en la defensa jurídica serán abonados por el Asegurador en la misma proporción existente entre esta y aquella, siendo el resto de los gastos a cargo del Asegurado.

7.1.3. Fianzas

El Asegurador tomará a su cargo el importe de las fianzas que le puedan ser requeridas al Asegurado, como consecuencia de un siniestro amparado por la cobertura de Responsabilidad Civil y con los límites establecidos en la Póliza para la citada garantía.

7.2. EXCLUSIONES A ESTA GARANTÍA

7.2.1. Daños derivados de la práctica de cualquier actividad industrial, mercantil, profesional, sindical, política o asociativa.

7.2.2. La propiedad, tenencia o manipulación de cualquier vehículo o embarcación a motor, aeronaves y antenas de radioaficionado.

7.2.3. La inobservancia deliberada de disposiciones legales reglamentarias, ordenanzas de policía, municipales, de sanidad y similares vigentes. En ningún caso el Asegurador responderá del pago de multas o sanciones ni de las consecuencias de su impago.

7.2.4. Los daños producidos como consecuencia de actividades que deban ser objeto de cobertura por un seguro obligatorio.

7.2.5. Los daños ocasionados a bienes o cosas de terceros, que por cualquier razón se hallen en poder del Asegurado o de las personas de las que deba responder.

7.2.6. La propiedad y/o uso de cualquier clase de locales, inmuebles o viviendas, que no sea la que se cita como domicilio del Riesgo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

7.2.7. Las obras de reforma, construcción, reparación o transformación de la vivienda indicada en el punto 7.2.6.

7.2.8. Los perjuicios que no sean consecuencia directa de daños personales o materiales causados a terceras personas.

7.2.9. Incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier contrato.

7.3. SUMA ASEGURADA

CIENTO VEINTE MIL EUROS (120.000,00 €).

BASES DE CONTRATO Y NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

ARTÍCULO SEGUNDO / BASES DEL SEGURO, DOCUMENTACIÓN Y DECLARACIONES

1. El Tomador del Seguro y el Asegurado tienen el deber de declarar al Asegurador, de acuerdo con la solicitud y el cuestionario sometido por este, todas las circunstancias por ello conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si el Asegurador no les somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Tales declaraciones han motivado la aceptación del riesgo por el Asegurador, y la fijación de la prima, por lo que junto con la presente póliza constituyen un todo unitario base del seguro.

2. La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro y el Asegurado, la proposición del Asegurador en su caso y esta Póliza constituyen un todo unitario fundamento del Seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los bienes y riesgos especificados en la misma.

3. Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición 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.

ARTÍCULO TERCERO / PERFECCIÓN DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes contratantes, mediante la suscripción de la Póliza. No obstante, las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima única.

En caso de demora en el cumplimiento de dicho requisito, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir del momento que se haga efectivo el importe del seguro.

ARTÍCULO CUARTO / DURACIÓN DEL CONTRATO

Las garantías de la Póliza entrarán en vigor y finalizarán a la hora 0 de las fechas indicadas en las Condiciones Generales.

ARTÍCULO QUINTO / CONDICIONES EN QUE SE CONTRATA EL SEGURO

1. La presente Póliza ha sido concertada a tenor de las declaraciones formuladas por el Tomador en el cuestionario que le ha sido sometido.

2. En el supuesto de reserva y/o declaración inexacta en la solicitud de seguro de la edad o del estado de salud de cualquiera de los Asegurados cubiertos por las garantías, el Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva y/o declaración inexacta. Corresponderán al Asegurador las primas correspondientes al período en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

3. Si el siniestro sobreviniere 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 correspondería de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. **Cuando la reserva y/o declaración inexacta en la solicitud se hubiera producido mediante dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado de la prestación.**

ARTÍCULO SEXTO / CONCURRENCIA DE SEGUROS

1. El Tomador queda obligado a comunicar al Asegurador la existencia de otras Pólizas contratadas con distintos Aseguradores, que cubran el mismo riesgo sobre los bienes asegurados.

Si dolosamente se hubiera omitido esta declaración y se produjera el siniestro en situación de sobreseguro, el Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización.

2. Una vez ocurrido el siniestro, el Tomador o el Asegurado deberán comunicarlo a cada Asegurador con indicación del nombre de los demás.

3. El Asegurador contribuirá al abono de la indemnización y a los gastos de tasación a prorrata de la suma que asegure.

4. Si al fallecer un Asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una Póliza que contenga la garantía de Servicio de Decesos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, procediéndose a su vez a reembolsar las primas pagadas por el Asegurado en la otra u otras Pólizas desde el momento en el cual se produjo la duplicidad de aseguramiento.

ARTÍCULO SÉPTIMO / PAGO DEL SEGURO

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima única, en el momento de la perfección del contrato, al suscribir la póliza, y se efectuará en efectivo y al contado, contra recibo librado por el Asegurador y en el domicilio del Tomador del Seguro salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO OCTAVO / LUGAR DEL PAGO

Si en las Condiciones Generales no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.

ARTÍCULO NOVENO / FALTA DE PAGO Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

Si por culpa del Tomador la Prima Única no ha sido pagada en el momento de la perfección del seguro, 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.

En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la Prima Única no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de esa obligación.

Si el contrato no hubiese 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 o el Asegurado pague la prima.

ARTÍCULO DÉCIMO / OBLIGACIONES Y NORMAS A SEGUIR EN CASO DE SINIESTRO

1. Deber de aminorar las consecuencias del siniestro

El Tomador o el Asegurado deberán emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

2. Comunicar al Asegurador toda la información que se le pida sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días, contados a partir de la fecha en que fuese conocido.

También deberán dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

3. Cuando ocurra un siniestro que afecte a la cobertura de SERVICIO POR DECESOS:

1º) En caso de siniestro, los familiares o derechohabientes del Asegurado fallecido deberán comunicar inmediatamente el mismo al Asegurador por medio de los teléfonos habilitados al efecto, con el fin de que éste inicie las gestiones necesarias para poder prestar el servicio garantizado en Póliza.

Deberán indicar: N° DE PÓLIZA Y NOMBRE DEL ASEGURADO FALLECIDO.

Con objeto de preservar en todo momento la calidad del servicio, la prestación de todos los elementos garantizados en las Condiciones Particulares de la Póliza y los costes dimanantes del mismo, tal y como queda obligada la Compañía mediante el presente contrato, el Asegurador se reserva el derecho a designar la funeraria o las funerarias que realizarán el servicio fúnebre.

2º) Si el Asegurador no pudiera prestar el servicio, por causa de fuerza mayor u otro impedimento, a través de las funerarias designadas al efecto, éste sólo se verá obligado a satisfacer la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido, contra la presentación del certificado de defunción y los documentos que acrediten el derecho a percibir la citada suma.

3º) Cuando por cualquier causa no pudiera prestarse el servicio contratado, el Asegurador pagará hasta un valor convenido para el mismo en la Póliza, previa presentación de los documentos indicados en el apartado 2º, y justificación de los gastos efectuados con motivo del servicio. En este caso, el certificado facultativo de defunción podrá ser sustituido por el correspondiente del Registro Civil.

4. En caso de siniestro por ACCIDENTE:

Deberán comunicarlo con la mayor inmediatez posible al Asegurador por medio de los teléfonos habilitados al efecto, con el fin de que este inicie las gestiones necesarias para poder prestar las coberturas garantizadas por la póliza.

Deberán indicar: N° DE PÓLIZA, NOMBRE DEL ASEGURADO ACCIDENTADO Y TELÉFONOS DE CONTACTO.

El Tomador, el Asegurado o sus Beneficiarios en su caso, deberán presentar cuantos documentos solicite el Asegurador que serán suministrados por cuenta del Tomador.

En el caso de curación del Asegurado dentro de los quince días siguientes a la fecha de alta, deberá remitirse certificación médica haciendo constar esta circunstancia y en su caso, las secuelas derivadas del accidente sufrido.

Cuando haya lugar a pago, en caso de fallecimiento, se presentarán:

- a) Copia del certificado literal de inscripción de defunción en el Registro Civil. (Partidas literales).
- b) Si así lo estimase la Compañía, certificado del médico que haya asistido al Asegurado, en el que se detallarán las consecuencias y causas del fallecimiento o, en su caso, testimonio

de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

- c) En su caso, Certificado de Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador o Auto Judicial de Declaración de Herederos.
- d) Carta de pago del Impuesto de Sucesiones, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.
- e) Póliza y último recibo de prima satisfecho.
- f) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición del Beneficiario.

Cuando haya lugar a pago, en caso de invalidez permanente, se presentará:

Certificado médico con expresión del tipo de invalidez resultante y sus causas, así como las circunstancias del accidente, reservándose al Asegurador el derecho de comprobar mediante sus facultativos o en quien delegue, el grado de invalidez y la probabilidad de recuperación física del Asegurado.

Una vez recibidos los anteriores documentos, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro o de la fecha del vencimiento del contrato.

No obstante lo anterior, el Asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital asegurado en que de acuerdo con las circunstancias se estime la deuda tributaria resultante de la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso

de fallecimiento y de invalidez permanente.

Sin embargo, si dentro del plazo de un año, contado desde la fecha del accidente, el estado del Asegurado evolucionara a una invalidez de mayor grado que aquella por la que fue liquidada, o falleciera como consecuencia directa de las lesiones sufridas, el Asegurador abonará cualquier diferencia que proceda. Por el contrario, el Asegurador no efectuará ninguna reclamación de diferencia a su favor si el Asegurado falleciese dentro del plazo anteriormente indicado, después de habersele liquidado una invalidez permanente por un importe superior al de la suma asegurada por fallecimiento.

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiere indemnizado su importe en metálico por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por ciento anual.

5. En caso de Responsabilidad Civil, deber de adoptar las medidas que favorezcan su defensa y traslado de las notificaciones judiciales

El Tomador del Seguro y el Asegurado vendrán obligados a adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las reclamaciones de Responsabilidad Civil, debiendo mostrarse tan diligentes en su cumplimiento como si no existiera Seguro. Asimismo, comunicará al Asegurador a la mayor brevedad posible cualquier notificación judicial o administrativa que llegase a su conocimiento y que pueda estar relacionada con el siniestro.

ARTÍCULO UNDÉCIMO / SUBROGACIÓN

1. Una vez pagada la indemnización y sin que haya necesidad de ninguna otra cesión, traslado, título o mandato, el Asegurador queda subrogado en todos los derechos y acciones del Asegurado por razón del siniestro hasta el límite de la indemnización, siendo el Asegurado responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho de subrogarse. El Asegurador no podrá ejercitar los derechos en que se haya subrogado, en perjuicio del Asegurado, en los términos que establece el artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.

2. En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO DUODÉCIMO / IMPUESTOS Y RECARGOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este Contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado.

ARTÍCULO DECIMOTERCERO / CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

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

La designación de Beneficiario o la revocación de ésta se podrá hacer constar en una posterior declaración escrita al Asegurador o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

ARTÍCULO DECIMOCUARTO / PRESCRIPCIÓN

Prescriben a los dos años las acciones derivadas de este contrato relativas a las garantías de daños y a los cinco años las relativas a garantías de accidentes. En ambos casos el cómputo se efectuará desde el día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO DECIMOQUINTO / JURISDICCIÓN

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

La presente Póliza, formada por las presentes Condiciones Generales y las Particulares Anexas, se emiten por duplicado ejemplar y a un sólo efecto en Madrid, y en fecha indicada en las referidas Condiciones Particulares.

EL TOMADOR DEL SEGURO



OCASO, S.A.
Seguros y Reaseguros

DIRECTOR GENERAL

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aún 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

I. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

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

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 debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los

daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.

- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- h) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- i) Los causados por mala fe del asegurado.
- j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- k) 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.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior; aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

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

3. FRANQUICIA

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de una 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida.

El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página <<web>> del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios 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.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Esta es su garantía:

CAPITAL SOCIAL:
160.000.000 de euros

TOTALMENTE DESEMBOLSADO

Domicilio Social: Princesa, 23. Teléfono: 915 380 100. 28008 Madrid.
E-Mail: atencion.asegurado@ocaso.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid,
tomo 3773, folio 33, sección 8, hoja M-62817 - CIF: A-28016608



OCASO, S.A.
Seguros y Reaseguros

Handwritten signature of the Director General.

DIRECTOR GENERAL



Princesa, 23; 28008 Madrid
Tel.: 915 380 100
www.ocaso.es

caso oro