



# OCASO

## ACCIDENTES 24 PLUS

### EXTRACTO DE CONDICIONES

- **Accidente garantizado:** toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que pueda sufrir tanto en el ejercicio de la profesión declarada como en su vida privada y durante la practica como aficionado de los siguientes deportes: fútbol, baloncesto, balonmano, béisbol, atletismo, bolos, petanca, esgrima, golf, hockey sobre hierba, natación, pelota, tenis, voleibol y gimnasia, que produzca la invalidez o la muerte del mismo.

- **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 medico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración y siempre que no fuera declarada en el momento de cumplimentar el cuestionario del seguro. Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia, relativa 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, este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

#### OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

- **Fallecimiento por accidente:** es objeto de esta garantía la cobertura del riesgo de la pérdida de la vida del asegurado sobrevenida en un accidente garantizado por la póliza, o como resultado directo y comprobado del mismo durante el plazo de un año desde la fecha de ocurrencia. en caso de superar dicho plazo, corresponderá a los beneficiarios la prueba de la conexión entre el accidente y el fallecimiento.

El asegurador abonará al beneficiario designado:

Como indemnización inmediata, la suma asegurada por este concepto

Como indemnización diferida, otra cantidad adicional e igual a la anterior, cuyo pago se realizara mediante una pensión anual del 10% de dicha cantidad fraccionada por trimestres vencidos y durante un periodo de diez años

- **Invalidez permanente por accidente:** es objeto de esta garantía la cobertura del riesgo de 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. en caso de superar dicho plazo, corresponderá al asegurado la prueba de la conexión entre el accidente y la situación de invalidez

El asegurador abonará al asegurado:

Como indemnización inmediata, la que resulte de aplicar el porcentaje de invalidez del baremo suma asegurada por este concepto

- Como indemnización diferida, siempre que el grado de invalidez sea superior al 25%, el pago se realizara mediante

una pensión anual que resulte de aplicar el grado de invalidez sobre la suma asegurada por ese concepto pagándose dicha cantidad fraccionada por trimestres vencidos y durante un periodo de diez años hasta totalizar un importe igual al de la indemnización inmediata. En caso de fallecimiento del asegurado, durante el periodo de pago de la pensión, esta se abonara hasta el término de los diez años al beneficiario designado para caso de fallecimiento

- Baremo aplicable para la invalidez permanente por accidente: se recoge en las Condiciones Particulares del seguro

- Reglas determinativas en caso de invalidez permanente:

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

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

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

Si el asegurado sufriera en el mismo accidente varias lesiones se indemnizaran con el porcentaje de la suma asegurada que corresponda, pero en ningún caso la indemnización total, tanto inmediata como diferida, podrá exceder del 100% de las sumas aseguradas para estos conceptos.

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 computara 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 aplicaran al izquierdo e inversamente

Los casos de invalidez permanente no enunciados de modo expreso en el baremo, se indemnizaran por analogía con los que figuran en el mismo. en todo caso, el grado de invalidez se fijara independientemente de la profesión del asegurado

- Invalidez temporal: es objeto de esta garantía el pago de una indemnización como consecuencia de un accidente y/o enfermedad garantizada por la póliza que precise tratamiento medico y le impida dedicarse a sus ocupaciones habituales con una duración máxima de doce meses.

A estos efectos se entenderá que el asegurado se encuentra en situación de invalidez temporal cuando padezca alguna de las lesiones que figura en la tabla que se recoge en las Condiciones Particulares del seguro.

- Periodos de carencia: El derecho a la indemnización se generara siempre que hayan transcurrido los siguientes periodos de carencia a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza:

En el caso de accidentes o enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la entrada en vigor de la póliza, no existe periodo de carencia. no se consideraran como urgencia vital los procesos, enfermedades y tratamientos de cualquier tipo relacionados con la obstetricia (incluidos los legrados) y el cáncer

En los casos de cáncer el periodo de carencia será de un año y en los de obstetricia dos años

En otros casos de enfermedad se fijan 90 días de carencia

Estos periodos de carencia serán también de aplicación para el caso de suplementos que aumenten la suma asegurada por esta garantía

La indemnización garantizada por cada patología vendrá determinada por el resultado de multiplicar la cantidad diaria fijada en estas condiciones para esta garantía por el número de días establecidos en el baremo que sea de aplicación en función de la cobertura que se haya contratado (accidente y/o enfermedad). La cobertura por esta garantía se extiende al mundo entero. No obstante las lesiones indemnizables deben poder constatarse en España y no se devengarán mientras que el asegurado se encuentre fuera del territorio español.

- Reglas determinativas en caso de invalidez temporal:

Si como consecuencia de un accidente cubierto el asegurado padeciese dos o más lesiones de las recogidas en el baremo, o cuando en el proceso de una enfermedad se complicara con una o varias simultáneas que aumentaran la gravedad o duración de aquella que dio origen al proceso, se indemnizará el conjunto de todas ellas con una cantidad equivalente al 130 por 100 de la que figure con mayor asignación en el baremo, sin que la indemnización pueda superar la suma de todas ellas y teniendo siempre como límite máximo 365 días.

Los siniestros sucesivos debidos o relacionados con una misma lesión, no serán indemnizables mientras no hayan transcurrido 180 días desde el inicio del proceso que motivo el primer pago. La indemnización a pagar de la aplicación de esta regla y la del apartado anterior tendrá siempre como límite máximo 365 días.

El asegurador se reserva el derecho a nombrar médicos o clínicas para que verifiquen las lesiones del asegurado.

Otros casos de invalidez temporal por accidente no enunciados de modo expreso en la tabla de lesiones, se indemnizarán por analogía con las que figuran en la misma y siempre de forma independiente de la profesión del asegurado. En ningún caso se superarán los 365 días.

Esta indemnización es independiente de las demás garantías acumulándose con las mismas.

- Franquicia: se establece la franquicia por los días que se indican en el apartado de garantías y sumas aseguradas.

Si se deriva de accidente, se considerará que si los días que figuran en la tabla de lesiones son iguales o inferiores a los establecidos como franquicia, no se devengará indemnización alguna, pero si son superiores se computará por la totalidad.

Si se deriva por enfermedad y se ha contratado la garantía, los días de franquicia se deducirán siempre de los establecidos en el baremo para el cálculo de la indemnización.

- Subsidio por hospitalización: es objeto de esta garantía el pago de la indemnización diaria prevista en estas condiciones en caso de que el asegurado sea internado en una clínica, hospital o sanatorio ubicados en el territorio español como consecuencia de un accidente y/o enfermedad garantizado por la póliza.

El asegurador abonará al término del internamiento del asegurado la indemnización diaria que empezará a devengarse a partir del día en que comience dicho internamiento y se prolongará como máximo 365 días por cada accidente, siendo esta indemnización independiente de las demás garantías acumulándose con las mismas, siendo de aplicación los mismos periodos de carencia indicados en la garantía de invalidez temporal

- Indemnización adicional por accidente en el hogar: es objeto de esta garantía el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares en caso de que el accidente garantizado por la póliza ocurra dentro del hogar, entendiendo como tal el domicilio habitual del asegurado. Tendrán igualmente esta consideración otras viviendas que, bien siendo propiedad del asegurado o su cónyuge o bien estando alquiladas de forma permanente por ellos, se encuentren a su disposición para su uso y disfrute como viviendas secundarias.

En caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente indemnizable por esta garantía, el asegurador abonará al beneficiario designado la cantidad que por este concepto se indica en las Condiciones Particulares y que se adicionará a la garantizada como indemnización inmediata en caso de fallecimiento por accidente.

En caso de invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente indemnizable por esta garantía, el asegurador abonará la misma cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de invalidez del baremo sobre la cantidad asegurada por este concepto que figure en las Condiciones Particulares y que se adicionará a la garantizada como indemnización inmediata en caso de invalidez permanente por accidente

- Gastos de asistencia sanitaria por accidente: es objeto de esta garantía el reintegro o pago, en su caso, de los gastos necesarios que se originen con motivo de la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza incluidas en todo caso las necesarias asistencias de carácter urgente.

Se consideran gastos necesarios los de traslado desde el lugar del accidente al centro médico más próximo a dicho lugar, estando cubiertos igualmente los desplazamientos que tenga que realizar el asegurado con motivo de la recuperación o rehabilitación, siempre que estos desplazamientos se realicen dentro de la provincia donde tenga establecida su residencia habitual.

El asegurador tomará a su cargo la cobertura objeto de esta garantía con el siguiente alcance:

Si el asegurado es atendido por médicos y/o clínicas designadas por el asegurador, este asumirá la totalidad de los gastos efectuados

Si el asegurado utiliza los servicios de médicos y/o clínicas no designadas por el asegurador, este indemnizará los gastos que se justifiquen hasta el importe que para los correspondientes servicios fijan las tarifas recogidas por los convenios de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico en los ámbitos de la sanidad pública y privada suscritos por el consorcio de compensación de seguros, la Unión Española de Entidades Aseguradoras (UNESPA) y los correspondientes representantes de las entidades sanitarias

Los gastos odontológicos por todos los conceptos, incluidas las prótesis, quedan limitados a 1.000 euros por cada siniestro amparado por la póliza.

En todos los casos las indemnizaciones quedan limitadas a los gastos realizados dentro del territorio español y durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

- Asistencia en viaje: es objeto de esta garantía la prestación de servicios y el pago de los gastos que se indican en las condiciones especiales cláusula ac-av.

- Cirugía estética por accidente: es objeto de esta garantía el reintegro o pago de los gastos de honorarios médicos, medicinas y hospitalización que se originen si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado precisa someterse a una o varias operaciones de cirugía estética entendiéndose por esta la que va dirigida a corregir deformaciones o daños en la superficie corporal de la persona que determinen una alteración del aspecto respecto al que tenía en el momento anterior al accidente.

Los gastos asegurados por accidente y con independencia del número de intervenciones que precise el asegurado se limitan a los realizados durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente y con el límite de la suma asegurada que para este concepto se fija en las Condiciones Particulares.

- Fallecimiento del cónyuge: es objeto de esta garantía la cobertura del riesgo de fallecimiento por accidente del cónyuge del asegurado mediante el abono al propio asegurado de la suma asegurada fijada para esta garantía en las Condiciones Particulares.

A efectos de determinar los accidentes cubiertos se estará a lo dispuesto en las Condiciones Particulares para la garantía de fallecimiento del asegurado

- Fallecimiento simultáneo por accidente: es objeto de esta garantía el pago de la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares en el supuesto de que el asegurado y la persona indicada en dichas condiciones fallezcan a causa de un mismo accidente cubierto por la póliza siempre y cuando el fallecimiento de ambos se produzca dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que se produjo el accidente

- Bonificación por no siniestralidad: es objeto de esta garantía la bonificación del 10 por ciento en el importe de la prima de la tercera anualidad y el 20 por ciento en la renovación de las anualidades sucesivas en el caso de que no haya declaración alguna de siniestro. En cada comunicación de siniestro quedara en suspenso la bonificación y para poder beneficiarse de la misma nuevamente deberán haber transcurrido dos anualidades de seguro desde aquella en la que se declaró el último siniestro.

- Duración del seguro: será de un año y a la expiración del primer periodo anual se entenderá prorrogado por un nuevo periodo, y así sucesivamente hasta el término de la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años, salvo que alguna de las partes contratantes comunique a la otra, por escrito y con dos meses de antelación, su deseo de no mantener vigente el seguro.

- Revalorización de sumas aseguradas y primas: tanto las sumas aseguradas como las primas de las distintas garantías incluidas se revalorizarán en cada vencimiento anual en el tanto por ciento que se indica en las condiciones del contrato. El incremento por revalorización será constante y su importe se obtendrá por aplicación del porcentaje sobre las primas y sumas aseguradas en el inicio.

- Agravaciones o disminuciones de riesgo: el asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario de la solicitud que modifiquen el riesgo, procediéndose a modificar la prima y las garantías en más o menos según corresponda.

- Exclusiones por causas accidentales:

Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental, o por estar embriagado o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos por el médico.

Los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y 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.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra) rebeliones, revoluciones, insurrección o usurpación del poder, huelgas, motines, así como los provocados por las fuerzas desencadenadas de la naturaleza tales como terremotos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas y demás eventos similares, con independencia de que en caso de revestir carácter de extraordinarios, se indemnicen por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Las lesiones o el fallecimiento producidos 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 este expuesto al asegurado como consecuencia de un accidente cubierto.

En ningún caso serán objeto de cobertura, incluso aunque este 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.

Salvo que expresamente se incluyan en estas condiciones, y en su caso se abone la sobreprima correspondiente, quedan excluidos del seguro los accidentes que se produzcan por el uso de motocicletas o ciclomotores como conductor, la practica como profesional de cualquier deporte y la practica como aficionado de deportes que no figuren en la definición de accidente garantizado incluida en las condiciones generales.

- Exclusiones por enfermedad:

Los derivados de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquellos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el asegurado o el tomador del seguro y hayan sido aceptados por el asegurador.

Las enfermedades crónicas contraídas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables.

Las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueleticos como: cervialgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociaticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.

Las consecuencias de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.), el sida y las enfermedades relacionadas con esta.

La cirugía plástica y reparadora, con intención fundamentalmente estética, salvo que sea como consecuencia de un accidente o enfermedad sobrevenidos durante la vigencia del seguro.

Las esterilizaciones para ambos sexos y el estudio o tratamiento de la esterilidad, así como el cambio de sexo.

Las curas de reposo, adelgazamiento y exámenes de estado de salud.

Las infecciones respiratorias leves, virosis, crisis asmática, bronquitis y asma bronquial. Diarrea y estreñimiento no complicado. Cefaleas vasculares, psicógenas e inespecíficas, micosis superficiales y cutáneas; infecciones cutáneas leves, rinitis alérgicas y urticarias. artitis inflamatoria traumática. dismonerrea

Las patologías ocasionadas o desencadenadas por el estrés. Dentro de estas exclusiones se incluyen además las reagudizaciones, secuelas, complicaciones y tratamientos específicos.

Todas las patologías psíquicas.

Salvo mención expresa en contrario, se entenderá en euros cualquier importe monetario mencionado en el presente contrato.

El presente contrato se regirá por la Legislación Española y en concreto, por la Ley de Contrato de Seguro, por la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, su reglamento y por la normativa específica que se aplicable al contrato.

Para cualquier controversia que pudiera surgir sobre este contrato de seguro, el tomador, el asegurado, el beneficiario o sus derechohabientes, deberán dirigir su reclamación en primer lugar al Departamento de Atención al Cliente del Grupo Ocaso, por escrito o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, el cual deberá resolver sobre la misma en un plazo de dos meses y si transcurrido dicho plazo no hubiera resolución expresa o la misma hubiera desestimado la queja o reclamación, podrá el reclamante acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y Participe en Fondos de Pensiones. este procedimiento de resolución de conflictos es incompatible con el ejercicio simultáneo de una acción judicial o arbitral sobre el mismo asunto.

MODELO SIN VALOR  
CONTRACTUAL

