



ocaso protección autónomos

MODELO SIN LAVOR
CONTRACTUAL

Condiciones Generales
Mod. 8570



PROTECCION AUTONOMOS

**CONDICIONES
GENERALES**

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

EN CASO DE SINIESTRO

Tome las medidas que la prudencia le sugiera para limitar las pérdidas y custodiar los bienes existentes:

Póngase en contacto con Línea Directa Asistencia OCASO, donde le informaremos, evitándole desplazamientos innecesarios, y le aclararemos, para cada caso, las acciones a tomar:

902 33 23 13

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

● 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 el Centro de Atención al Cliente, con el que podrá contactar llamando al teléfono:

900 32 00 32

●
Esta es su garantía:

CAPITAL SOCIAL:

160.000.000 de euros

TOTALMENTE DESEMBOLSADO

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

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

O CASO PROTECCION AUTONOMOS

DEFINICIONES

Definiciones Art. Preliminar ●

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO. GARANTÍAS

Garantía de fallecimiento e invalidez permanente	Art. 1°	●
Garantía de invalidez temporal	Art. 2°	●
Garantía de subsidio por hospitalización	Art. 3°	●
Garantía de indemnización adicional por accidente de circulación	Art. 4°	●
Garantía de gastos de asistencia sanitaria	Art. 5°	●
Garantía de asistencia en viaje	Art. 6°	●
Garantía de cirugía estética	Art. 7°	●
Revalorización de sumas aseguradas y primas (Cláusula M)	Art. 8°	●

EXCLUSIONES

Exclusiones por causas accidentales	Art. 9°	●
Exclusiones por enfermedad	Art. 10°	●

BASES DEL CONTRATO Y NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

Bases del seguro y declaraciones	Art. 11°	●
Personas no asegurables y nulidad del contrato	Art. 12°	●
Perfección del contrato	Art. 13°	●
Duración del contrato	Art. 14°	●
Pago de la prima	Art. 15°	●
Falta de pago y suspensión de la cobertura	Art. 16°	●
Normas en caso de domiciliación bancaria	Art. 17°	●
Agravaciones o disminuciones del riesgo	Art. 18°	●
Notificación en caso de siniestro	Art. 19°	●
Procedimiento en caso de siniestro	Art. 20°	●
Comunicaciones	Art. 21°	●
Prescripción	Art. 22°	●
Jurisdicción	Art. 23°	●

CLÁUSULA “WB”

PROTECCION AUTONOMOS

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

OCASO

PROTECCION

CONDICIONES GENERALES

AUTONOMOS

● ARTÍCULO PRELIMINAR DEFINICIONES

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguros 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del estado de 17 de octubre del mismo año), cuyo artículo 2º establece que serán válidas las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza sólo serán válidas con la previa aprobación por escrito del suscriptor de la póliza.

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. **ACCIDENTE**

Toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca la invalidez o la muerte del mismo.

2. **ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN**

Aquel que el asegurado pueda sufrir:

- a)
Como peatón causado por un vehículo.
- b)
Como conductor o pasajero de un automóvil tipo turismo destinado a uso particular.
- c)
Como pasajero de transportes públicos terrestres destinados al traslado de viajeros.
- d)
Como pasajero de transportes públicos marítimos y aéreos en líneas regulares o vuelos charter en aviones de más de veinte plazas.

3. **ASEGURADO**

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

4. **ASEGURADOR**

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

5. **BAREMO**

Lista o relación de lesiones con su valoración correspondiente.

En el presente contrato son de aplicación un baremo para la invalidez permanente por accidente, en el que se establecen los porcentajes de indemnización aplicables sobre la suma asegurada por este concepto y otro para la garantía de invalidez temporal en el que se recogen el número de días indemnizables.

6. BENEFICIARIO

La persona o personas físicas o jurídicas titulares del derecho a la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado, coincidiendo en las restantes coberturas con el asegurado.

7. 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.

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

Los que figuran indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. 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.

10. ENFERMEDAD CONGENITA

Aquella presente en el momento del nacimiento, sea cual fuere sus causas, y que queda excluida de las coberturas de la póliza.

11. ENFERMEDAD CRONICA

Patología sin tratamiento curativo, padecida por un organismo durante toda la vida.

12. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La pérdida de la vida del asegurado sobrevenida en un accidente 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.

13. FRANQUICIA

Cantidad expresamente pactada a cargo del Asegurado cuando se produzcan siniestros a coberturas o actos médicos afectados por la aplicación de franquicias.

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 considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

15.

HOSPITALIZACION

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.

INTERVENCION QUIRURGICA

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. 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.

LESION

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.

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.

21.

POLIZA

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

22.

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 médico-quirúrgica 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.

23.

PRIMA

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

24.

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.

25.

SUMA ASEGURADA

La cantidad fijada en las Condiciones Particulares que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías de la póliza.

26.

TOMADOR DEL SEGURO

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

27.

URGENCIA VITAL

Situación aguda que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inminente.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

GARANTÍAS BÁSICAS

● **ARTÍCULO PRIMERO
GARANTÍA DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Es objeto de la presente garantía la cobertura de los riesgos de fallecimiento e invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente garantizado, entendiéndose como tal aquellos que pueda sufrir tanto en el ejercicio de la profesión 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.

I.

INDEMNIZACIONES GARANTIZADAS

a) Por fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el asegurador abonará al beneficiario designado:

1)

Como indemnización inmediata, la suma asegurada por este concepto.

2)

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

b) Por invalidez permanente

En caso de invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el asegurador abonará al mismo las indemnizaciones siguientes:

1)

Como indemnización inmediata, la que resulte de aplicar el porcentaje de invalidez del baremo contenido en las Condiciones Particulares sobre la suma asegurada para este concepto.

2)

Como indemnización diferida, siempre que el grado de invalidez sea superior al 25%, el asegurador abonará la pensión anual que resulte de aplicar el grado de invalidez sobre la suma asegurada por este concepto que figure en las Condiciones Particulares.

Esta pensión se abonará por trimestres vencidos durante diez años, totalizando una cantidad igual a la indemnización inmediata satisfecha por el apartado b) 1).

Para los grados de invalidez comprendidos entre el 26% y el 49% la pensión se podrá abonar de una sola vez y en este caso su importe vendrá determinado por aplicación de los siguientes porcentajes de indemnización adicional sobre la suma asegurada para indemnización inmediata.

GRADO DE INVALIDEZ	PORCENTAJE DE INDEMNIZACION ADICIONAL
26	18
27	19
28	19
30	21
31	21
32	22
33	23
34	23
35	24
36	25
37	26
38	26
39	27
40	28
41	28
42	29
43	30
44	30
45	31
46	32
47	32
48	33
49	34

Estos porcentajes de indemnización adicional son equivalentes a la suma de las pensiones anuales.

En caso de fallecimiento del asegurado, durante el período de pago de la pensión, ésta se abonará hasta el término de los diez años al beneficiario designado para caso de fallecimiento.

2.

BAREMO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

Se recoge en las Condiciones Particulares.

3.

REGLAS DETERMINATIVAS EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

a)

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

b)

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

c)

La pérdida de una falange de 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.

d)

Si el asegurado sufriera en el mismo accidente varias lesiones se indemnizarán 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.

e)

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.

f)

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.

g)

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.

● **ARTÍCULO SEGUNDO
GARANTÍA DE INVALIDEZ TEMPORAL**

Es objeto de la presente garantía el pago de una indemnización en caso de invalidez temporal del asegurado como consecuencia, según se indique en las condiciones particulares, de un accidente y/o enfermedad garantizado por la póliza.

El derecho a la indemnización se generará siempre que hayan transcurrido los períodos de carencia exigidos que se contemplan igualmente en las Condiciones Particulares.

A estos efectos se entenderá que el asegurado se encuentra en situación de invalidez temporal cuando padezca alguna/s de las lesiones o enfermedades que figuran en el baremo recogido en las Condiciones Particulares.

I.

INDEMNIZACIÓN GARANTIZADA

La indemnización garantizada por cada patología vendrá determinada por el resultado de multiplicar la cantidad diaria fijada en las Condiciones Particulares para esta garantía, por el número de días establecidos en el baremo.

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 el Asegurado se encuentre fuera del territorio del Estado Español.

2.

BAREMO DE INVALIDEZ TEMPORAL

Se recoge en las Condiciones Particulares.

3.

REGLAS DETERMINATIVAS EN CASO DE INVALIDEZ TEMPORAL

a)

Si como consecuencia de un accidente cubierto el asegurado padeciese dos o más lesiones de las recogidas en el baremo, o cuando el proceso de una enfermedad se complicara con una o varias simultaneas que aumentaran la gravedad o duración de aquella que dio origen al proceso, se indemnizara 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.

b)

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 por la aplicación de estas dos reglas a) y b) tendrá siempre como límite máximo 365 días.

c)

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 punto 3 del Artículo Vigésimo de estas Condiciones Generales.

d)

Otros casos de invalidez temporal no enunciados de modo expreso en el baremo, se indemnizarán por analogía con las que figuran en el mismo y siempre de forma independiente de la profesión del asegurado.

e)

La indemnización por invalidez temporal es independiente de las demás garantías, acumulándose con las mismas.

4.

FRANQUICIA

Se establece la franquicia por los días que se indican en las Condiciones Particulares.

5.

CARENCIA

En el caso de accidente 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 período de carencia será de un año y en los de obstetricia dos años.

En otros casos de enfermedad se fijan noventa días de carencia.

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

- **ARTÍCULO TERCERO**
GARANTÍA DE SUBSIDIO POR HOSPITALIZACION

Es objeto de la presente garantía el pago de la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares, en caso de que el asegurado sea internado en una clínica, hospital, o sanatorio ubicados en el territorio español, como consecuencia, según se indique en las condiciones particulares, de un accidente y/o enfermedad cubierto por la póliza.

I.
INDEMNIZACIÓN GARANTIZADA

El asegurador abonará la indemnización diaria al término del internamiento del asegurado.

La indemnización diaria empezará a devengarse a partir del día en que el asegurado sea internado y se prolongará **como máximo 365 días por cada siniestro**. Esta indemnización es independiente de las demás garantías, acumulándose con las mismas.

2.
CARENCIA

Son de aplicación los períodos de carencia indicados en el Artículo anterior.

GARANTÍAS OPCIONALES

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la prima correspondiente, pueden asegurarse las garantías opcionales siguientes, a las que serán de aplicación las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

- **ARTICULO CUARTO**
GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Es objeto de la presente garantía la cobertura de los riesgos de muerte e invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación.

I.
INDEMNIZACIÓN GARANTIZADA

En el caso de fallecimiento o invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación, el asegurador abonará al beneficiario una suma adicional e igual a la fijada en I.a) o I.b) del artículo 1º, según proceda.

- **ARTÍCULO QUINTO**
GARANTÍA DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Es objeto de la presente 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. Se incluirá, 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. Igualmente se cubrirán 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.**

I.

INDEMNIZACIONES GARANTIZADAS

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

a)

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

b)

Si el asegurado utiliza los servicios de médicos y/o clínicas no designadas por el asegurador, éste 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.

c)

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



ARTICULO SEXTO

GARANTÍA DE ASISTENCIA EN VIAJE

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

El ámbito de esta garantía es mundial, incluyendo España, pero solo cuando el asegurado se encuentre a más de 30 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, con excepción de aquellas coberturas en donde se especifique que sólo serán de aplicación en el extranjero.

I.

GASTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

a)

Honorarios médicos

El asegurador reembolsará 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.

b)

Gastos farmacéuticos

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

c)

Hospitalización

De determinarse por 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 en que 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.

d)

Esta cobertura sólo será de aplicación en el extranjero, con un límite máximo en conjunto de 12.020 euros.

2.

GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA

El asegurador se hará cargo, hasta un límite de 300 euros, 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.

3.

REPATRIACIÓN O TRASLADO SANITARIO

El asegurador procederá al traslado, incluso con atención médico sanitaria 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 criterio impuesto 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.

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 del extranjero donde se encuentre.

5.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS

El asegurador enviará todo medicamento de interés vital que no pueda ser obtenido en el lugar del extranjero donde se halle el asegurado, enfermo o accidentado.

6.

CONSULTA O ASESORAMIENTO MÉDICO A DISTANCIA

Si el asegurado precisara durante su viaje al extranjero 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, al asegurador y/o sus cuadros médicos.

7.

ANTICIPO DE FIANZAS POR HOSPITALIZACIÓN

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos 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 número 1, de la fianza que el Centro pueda demandar para proceder a la admisión del asegurado.

8.

SERVICIO DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA HOSPITALIZACIÓN

El asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del asegurado en el Centro Hospitalario.

9.

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 satisfará hasta un máximo de diez días a razón de 60 euros diarios, los gastos de alojamiento y manutención.

10.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR ACOMPAÑANTE

Si el asegurado debiera ser hospitalizado como consecuencia de un riesgo cubierto por la póliza por tiempo superior a cinco días, el asegurador facilitará a la persona que aquel indique un billete de ida y vuelta, en ferrocarril o avión, para que acuda junto al hospitalizado.

11.

GASTOS DE ESTANCIA PARA FAMILIAR ACOMPAÑANTE

En el caso previsto en la cobertura anterior, el asegurador satisfará, hasta la cantidad de 60 euros diarios, por un tiempo de hasta diez días, para sufragar los gastos de alojamiento y manutención del familiar acompañante.

12.

GASTOS DE REGRESO DE ACOMPAÑANTES

En el caso de que el asegurado hubiera de ser hospitalizado o trasladado a causa de accidente o enfermedad cubierto por la póliza, y viajara en compañía de otras personas, el asegurador tomará a su cargo el traslado de hasta dos de las mismas a su lugar de origen o al destino, siempre que el costo de éste no supere el de retorno al domicilio.

13.

RETORNO DE MENORES

Si los menores de 15 años que viajen con el asegurado, por causa de accidente, enfermedad o traslado de éste, cubierto por la póliza, quedasen sin asistencia y no pudieran continuar viaje, el asegurador organizará su regreso al domicilio o residencia consignado, enviando un familiar o proporcionando una azafata que los acompañe, si fuera necesario, en el medio de transporte y fecha determinado por el asegurador.

14.

REGRESO ANTICIPADO

Si el asegurado 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 en España 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 España.

15.

REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del asegurado por cualquier causa en el extranjero, o como consecuencia de accidente en España, el asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios, incluidos los de ataúd, embalsamamiento y todas las formalidades administrativas y legales para el traslado de los restos mortales hasta el lugar de inhumación en la localidad de residencia del asegurado.

En ningún caso esta cobertura se extenderá a cuantos gastos y gestiones impliquen las honras fúnebres e inhumación.

Esta cobertura se aplicará sin límite económico alguno.

16.

ESCOLTA DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento, de no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del asegurado fallecido, el asegurador facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta de ferrocarril o avión para escoltar el cadáver.

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 se hará cargo de los gastos de estancia y manutención, con un límite de 60 euros diarios, hasta un máximo de tres días.

18.

RETORNO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES DEL FALLECIDO

Si el asegurado fallecido viajara en la compañía de familiares, el asegurador tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos hasta su lugar de origen en España.

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 precisara prestar fianza penal para obtener la libertad provisional o necesitara 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, el anticipo de las sumas de 6.010 y 601 euros, respectivamente, o su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago.

20.

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE VIAJES

El asegurado, y respecto de 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.

21.

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 operaciones de socorro desarrolladas.

22.

LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES

En el caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales, debida al transporte, daños, incendio o 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.

23.

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 120 euros.

24.

PÉRDIDA DE EQUIPAJES

El asegurador satisfará en caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales, una indemnización hasta un máximo de 300 euros por bulto, con el límite máximo de 601 euros, que será siempre en exceso de la percibida de la compañía de transportes y con carácter complementario, debiendo presentarse para proceder al cobro de la misma, el justificante de haber percibido la indemnización correspondiente del transportista.

25.

DEMORA EN LA ENTREGA DE EQUIPAJES

El asegurador satisfará el importe de artículos necesarios y debidamente justificados, mediante factura, ocasionada por la demora de más de 12 horas en la entrega del equipaje facturado, hasta el límite de 120 euros.

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

26.

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 12 horas, o con una noche por medio, o falta de conexión entre dos trayectos previamente concertados por retraso en el transporte, el asegurador satisfará una indemnización de hasta 120 euros contra presentación de las facturas de los gastos incurridos por causa de la demora.

27.

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.), OCASO, S.A. satisfará, previa justificación, los gastos originados por la anulación, hasta un máximo de 601 euros.

28.

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 determine que las personas mayores de 70 años y/o menores de 15 que convivan habitualmente con el asegurado quedasen solas en su domicilio, el asegurador satisfará hasta 48 euros diarios y por un máximo de siete días para que una persona los cuide.

29.

EXCLUSIONES

a)

Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al asegurador 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, salvo 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 (S.I.D.A.).

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 radiactividad.

p)

Actos dolosos del tomador, asegurado, beneficiario o causahabientes de ellos. Para las coberturas 24 “Pérdida de equipaje”, 25 “Demora en la entrega de equipajes” y 26 “Demora de viaje”, se excluyen los siniestros consecuencia de huelga legal oficialmente declarada.

30.

NORMAS ADICIONALES

En todo caso será requisito indispensable para tener derecho a las garantías cubiertas, que el asegurado sea residente en España y no permanezca en el extranjero por un período superior a 90 días consecutivos.

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.

Los efectos de la revalorización automática, en caso de contratarse, no serán aplicables a las cantidades fijas establecidas como límite de cobertura.

● **ARTÍCULO SEPTIMO GARANTÍA DE CIRUGÍA ESTÉTICA**

Es objeto de la presente garantía la cobertura del reintegro o pago de los gastos de honorarios médicos, medicinas y hospitalización que se originen si, como consecuencia de un accidente cubierto, el asegurado precisa someterse a una o varias operaciones de cirugía estética.

A efectos del seguro se entenderá por cirugía estética 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.

I.

INDEMNIZACIONES GARANTIZADAS

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

a) Por cada accidente y con independencia del número de intervenciones que precise el asegurado, hasta el límite de la suma asegurada que para este concepto se fija en las Condiciones Particulares.

b) Los gastos se limitan a los realizados durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

● **ARTÍCULO OCTAVO
REVALORIZACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS (CLÁUSULA M)**

1. 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 Particulares.
2. El incremento por revalorización será constante y su importe se obtendrá por aplicación del porcentaje sobre las primas y sumas aseguradas en el inicio.
3. Los importes de las indemnizaciones se calcularán tomando como base el capital alcanzado en el momento del siniestro.

● **ARTÍCULO NOVENO
EXCLUSIONES POR CAUSAS ACCIDENTALES**

1. Quedan excluidos del seguro:
 - a) 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.
 - b) 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.
 - c) Los accidentes que tengan su origen en un acto de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado y los derivados de su participación en actos delictivos, en apuestas, en desafíos o en riñas.
 - d) 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 de 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 carácter de extraordinarios, se indemnicen por el Consorcio de Compensación de Seguros.
 - e) 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 esté expuesto el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto.

2.

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. No obstante estas lesiones podrán ser indemnizadas, si procede, por las garantías de invalidez temporal y subsidio por hospitalización.

3.

Salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares y en su caso se abone la sobreprima correspondiente, quedan excluidos del seguro los accidentes que se produzcan por:

a)

El uso de motocicletas o ciclomotores, como conductor.

b)

La práctica como profesional de cualquier deporte.

c)

La práctica como aficionado de los deportes encuadrados en los siguientes grupos:

GRUPO 1.

Ciclismo, deportes hípicas, rugby, náutica en embarcaciones de remo, vela o motor en ríos o lagos (excepto piragüismo en aguas bravas).

GRUPO 2.

Caza, deportes en los que se empleen armas de fuego, tiro con arco.

GRUPO 3.

Boxeo, judo o luchas de cualquier clase, actividades subacuáticas, espeleología, escalada, deportes de invierno.

GRUPO 4.

Automovilismo, motociclismo, deportes aéreos, deportes náuticos practicados en el mar, piragüismo en aguas bravas.

d)

La práctica como aficionado de deportes no indicados en el apartado “c” anterior, ni en el artículo 1º.

● **ARTICULO DECIMO
EXCLUSIONES POR ENFERMEDAD**

I.

Quedan excluidos del seguro:

a)

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 aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del seguro en el cuestionario y hayan sido aceptadas por el Asegurador.

b)

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

c)

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

d)

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

e)

Las consecuencias de la infección por el virus del Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con ésta.

f)

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.

g)

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

h)

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

i)

Las infecciones respiratorias leves, virosis, resfriados, gripes; crisis asmática, bronquitis y asma bronquial.

Síndrome del intestino irritable, diarrea y estreñimiento no complicado.

Cefaleas vasculares, psicógenas e inespecíficas, micosis superficiales y cutáneas; infecciones cutáneas leves, rinitis alérgica y urticarias.

Artritis inflamatoria traumática.

Dismenorrea.

j)

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

k)

Todas las patologías psíquicas.

O CASO

BASES DEL CONTRATO Y NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

ARTÍCULO UNDÉCIMO BASES DEL SEGURO Y DECLARACIONES

1.

El tomador del seguro y el asegurado tienen el deber de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario sometido por éste, todas las circunstancias por ellos 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.

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

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

3.

Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro o del asegurado quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO DUODÉCIMO PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato será nulo cuando al concertarse el mismo:

a)

El asegurado se encuentre afectado por enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, S.I.D.A., 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.

b)

El asegurado sea mayor de sesenta y cinco años de edad.

c)

El asegurado sea menor de catorce años en cuanto al riesgo de fallecimiento se refiere.

d)

Las personas que en el momento de contratación del seguro estén recibiendo algún tipo de tratamiento médico.

e)

Cuando el Asegurado, a la fecha de solicitud de alta en el seguro, se encuentre en situación de incapacidad temporal o tramitando la solicitud de declaración de invalidez, en cualquiera de sus grados, ante cualquier organismo u órgano de la Seguridad Social o, en su caso, ante el órgano de la comunidad autónoma que resulte competente.

● **ARTÍCULO DECIMOTERCERO**
PERFECCIÓN DEL CONTRATO

1.

El contrato y sus posteriores suplementos o adiciones se perfeccionan por el consentimiento manifestado por las partes en la suscripción de la póliza o documentos correspondientes.

2.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

● **ARTÍCULO DECIMOCUARTO**
DURACIÓN DEL CONTRATO

1.

La duración del seguro será de un año, salvo que se establezca otra distinta en las Condiciones Particulares.

A la expiración del primer período anual, el seguro se entenderá prorrogado por un nuevo período y así sucesivamente a la expiración de cada período, 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.

2.

Las pólizas de duración superior o inferior a un año no serán prorrogadas, extinguiéndose a su vencimiento.

● **ARTÍCULO DECIMOQUINTO**
PAGO DE LA PRIMA

1.

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

Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en los correspondientes vencimientos.

El pago de primas que efectúe el tomador a un agente del asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

2.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

- **ARTÍCULO DECIMOSEXTO**
FALTA DE PAGO Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

1.

Si por culpa del tomador la primera prima o 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 no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

2.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

3.

Si el contrato no hubiera 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 pagó su prima.

- **ARTÍCULO DECIMOSÉPTIMO**
NORMAS EN CASO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA (CLÁUSULA H)

Si se determina en las Condiciones Particulares la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

1.

El obligado al pago de la prima entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando orden oportuna al efecto.

2.

La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, deberá satisfacerse la prima en el domicilio del asegurador.

3.

Si el asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de treinta días naturales para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, delegación, sucursal o agencia del asegurador. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al asegurador.

- **ARTÍCULO DECIMOCTAVO**
AGRAVACIONES O DISMINUCIONES DEL RIESGO

1.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y de aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario, que agraven el riesgo. Si el siniestro sobrevino antes de que existiera la citada comunicación, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiere resultado de haberse

conocido las nuevas circunstancias. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro o del asegurado, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro se extenderá a las circunstancias de agravación del riesgo declaradas.

2.

Asimismo, el tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador las modificaciones de las circunstancias contempladas en el cuestionario que disminuyan el riesgo. En tal caso el asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

● **ARTÍCULO DECIMONOVENO
NOTIFICACIÓN EN CASO DE SINIESTRO**

1.

El tomador del seguro y el asegurado o el beneficiario, deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

2.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones que éste le solicite sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

● **ARTÍCULO VIGESIMO
PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

1.

GARANTÍAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ PERMANENTE

En caso de siniestro cubierto por estas garantías, el tomador, el asegurado o el beneficiario en su caso, además de cumplir las obligaciones que se especifican en el artículo 19º deberán presentar al asegurador:

a)

En caso de fallecimiento:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- Certificado literal de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición del beneficiario.
- Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

b)

En caso de invalidez permanente:

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.

c)

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 del año contado desde la fecha del accidente, el estado del asegurado evolucionara a una invalidez de mayor grado que aquella por la que fue liquidado 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.

2.

RESTO DE GARANTIAS

El tomador, asegurado o beneficiario deberá presentar:

a)

Informe médico completo que refleje las lesiones o el estado de salud del asegurado.

b)

Los informes o documentación que a juicio del asegurador permitan fijar la indemnización de acuerdo con el contenido de la póliza.

c)

Carta de Pago de impuestos cumplimentada por la Delegación de Haciendas si procede.

3.

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

La determinación del grado de invalidez, tanto permanente como temporal, 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 y 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 los 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 éstos.

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 la 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 designaran de conformidad un tercer médico de la misma especialidad que los nombrados. De no existir conformidad, la designación de éste se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación 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 por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas salvo que se impugne jurídicamente por alguna de ellas, dentro del plazo de treinta días en el caso del asegurador y ciento ochenta en el del asegurado, computados 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 del punto 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 pericial serán de cuenta y cargo por 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.

3.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

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.

● **ARTÍCULO VIGESIMOPRIMERO COMUNICACIONES**

I.

Las comunicaciones del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario al asegurador se dirigirán al domicilio social señalado en la póliza. Las efectuadas a un agente del mismo surtirán idénticos efectos que si las hubieran realizado directamente a éste.

2.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se realizarán en el domicilio de éstos, indicado en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al asegurador el cambio de su domicilio. En caso de traslado al extranjero, tanto el tomador como el asegurado deberán designar un domicilio en España.

● **ARTÍCULO VIGESIMOSEGUNDO
PRESCRIPCIÓN**

I.

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

● **ARTÍCULO VIGESIMOTERCERO
JURISDICCIÓN**

I.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este 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 solo efecto en Madrid, y en fecha indicada en las referidas Condiciones Particulares.

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL



EL TOMADOR DEL SEGURO

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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:

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

1. 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 producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) 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.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones puedan ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo I del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura

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.

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.consorseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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.



www.ocado.es
Princesa 23. 28008 Madrid. Tel.: 915 380 100.