Condiciones Generales y Especiales ACC-PERS-18-1

Seguro de Accidentes Personales



MAPFRE

ÍNDICE

Contenido de las Condiciones Generales y Especiales

INTRODUCCIÓN **5**
Preliminar 5
Perfección, toma de efecto y duración del seguro 5
Definiciones 6
Concepto de accidente 6
Ámbito territorial 7
Riesgos no asegurados 7

COBERTURA DE ACCIDENTES **8**
Artículo 1.- Objeto y extensión 8
Bases de la cobertura 8
Riesgos asegurados 9
Riesgos no asegurados 9
Artículo 2.- Garantías y prestaciones 10
1. Fallecimiento 10
2. Invalidez permanente 11
3. Incapacidad profesional 13
4. Invalidez temporal 14
5. Gastos sanitarios 15

COBERTURA DE ASISTENCIA **16**
Artículo 3.- Objeto y extensiones 16
Artículo 4.- Garantías y prestaciones 16
1. En viaje 16
2. En el domicilio 19
3. Defensa jurídica 20

NORMAS GENERALES **24**
Artículo 5.- Actualización de las sumas aseguradas 24
Artículo 6.- Importe y pago de la prima y efectos de su impago 24
Artículo 7.- Actuación en caso de siniestro 27
Artículo 8.- Comunicaciones 28
Artículo 9.- Jurisdicción. Instancias y pasos a seguir en caso de reclamación 28

CONDICIONES ESPECIALES **30**
Preliminar 30
Cláusula AC-01. Accidentes laborales 30
Cláusula AC-02. Seguro de grupo 30
Cláusula AC-03. Afiliación a la Seguridad Social 31
Cláusula AC-04. Centros docentes 32
Cláusula AC-05. Invalidez progresiva 32
Cláusula AC-09. Ampliación de cobertura de defensa jurídica 35
Cláusula AC-10. Cancelación de saldos pendientes 36
Cláusula AC-11. Personal sustitutorio 36

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS **37**
Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas 37

INTRODUCCIÓN

SEGURO COMBINADO DE ACCIDENTES PERSONALES

Preliminar

El presente contrato se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/ 1980, de 8 de Octubre), el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto 2.486/98, de 20 de Noviembre).

Las respuestas del Tomador del Seguro, al cuestionario sometido por la compañía, son las bases que ésta ha tenido en cuenta para determinar la prima aplicable y aceptar la emisión de la póliza.

Si la Compañía no hubiera requerido cumplimentar un cuestionario, surtirán el mismo efecto los datos que, respecto del asegurado, figuren en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente.

Mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza, el Tomador del Seguro acepta especificamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra «negrita» en estas Condiciones Generales.

Perfección, toma de efecto y duración del seguro

El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, mediante el consentimiento de las partes y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, el Asegurador haya cobrado la prima.

En caso de que el pago de dicha prima se realizara con posterioridad al efecto, la perfección y toma de efecto del contrato tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día de pago.

Será nulo el contrato si en el momento de su entrada en vigor no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

La cobertura finaliza en la fecha y forma establecidas en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales.

Si se contrata por períodos renovables, se prorrogará automáticamente por periodos anuales sucesivos. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuado con un plazo de al menos un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quién se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Compañía.

Definiciones

A los efectos de esta póliza, se entenderá, con carácter general, por:

ASEGURADOR: MAPFRE VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S. A., denominada «la Compañía» en estas condiciones generales.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que suscribe este contrato con la Compañía y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

ASEGURADO: Cada persona incluida en la póliza con derecho a percibir las prestaciones del seguro.

BENEFICIARIO: Persona o personas a quien el Tomador del Seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización derivada de este contrato.

SUMA ASEGURADA: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de la indemnización por cada siniestro.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.

Concepto de accidente

Como «accidente» ha de entenderse la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

Ámbito territorial

Las coberturas de la póliza son de aplicación, salvo pacto o estipulación en contrario, en cualquier lugar del mundo. **Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en Euros.**

Riesgos no asegurados

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los siguientes supuestos:

a) **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado.**
b) **Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra).**
c) **Motines y tumultos populares.**
d) **Los relacionados directa o indirectamente con el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.**
e) **Inundaciones que tengan el carácter de extraordinarias o catastróficas, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados de catastróficos por la autoridad competente.**

COBERTURA DE ACCIDENTES

Artículo 1.- Objeto y extensión

BASES DE LA COBERTURA

La presente póliza se concierta en base a los datos facilitados por el Tomador del Seguro, declaraciones sobre la salud y profesión del Asegurado, y datos contenidos en los cuestionarios presentados por el Asegurador, suscritos conjuntamente por el Tomador y el Asegurado, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

Si el Tomador y/o el Asegurado han actuado con dolo o culpa grave en la cumplimentación de las declaraciones, de tal forma que influyan en la apreciación del riesgo, el Asegurador podrá impugnar la validez de la póliza, quedando los beneficiarios sin derecho a indemnización.

Si el contenido de la Póliza difiere de los datos reflejados en el cuestionario, en la solicitud o en la proposición de seguro, o respecto a las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

La variación de las circunstancias declaradas debe serle comunicada a la Aseguradora cuando determine una agravación de las mismas. Tiene la condición de circunstancia agravante **el cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aunque fuera temporal, que signifique una mayor posibilidad de accidentes respecto a la situación declarada.** No tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.

La Compañía, una vez conocida la agravación y si aceptase la continuación del contrato, propondrá al Tomador las nuevas condiciones de la Póliza. **Ambas partes tienen derecho a rescindir la Póliza si no aceptasen la nueva situación,** en cuyo caso el Tomador tiene derecho a que le sea devuelta la prima proporcional correspondiente al período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.

Si el Tomador del seguro incurriera en reserva o inexactitud en sus declaraciones sobre circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si la Aseguradora tiene conocimiento de la reserva o inexactitud antes de producirse el siniestro, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá al Tomador, salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte, la prima proporcional del período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.

b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la indemnización.

RIESGOS ASEGURADOS

Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante las veinticuatro horas del día, salvo que por pacto expreso se suscriba una cobertura parcial.

Si la cobertura se limita al riesgo profesional quedarán cubiertos, exclusivamente, los que pueda sufrir durante su jornada de trabajo y en los desplazamientos desde su domicilio particular al centro de trabajo y viceversa.

En el caso de que la cobertura contratada fuera la del riesgo extraprofesional exclusivamente, sólo quedarían cubiertos los que pueda sufrir durante el desarrollo de su vida privada, con exclusión en este caso de los que tuvieran consideración de accidentes profesionales conforme a la definición establecida en el párrafo anterior.

La cobertura de los riesgos extraordinarios, excluidos de esta póliza con carácter general, es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa. Se incluye un resumen de la misma en estas Condiciones Generales.

RIESGOS NO ASEGURADOS

a) Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.

b) La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, caza, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.

c) La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.

d) Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza.

e) Participación activa del asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.

f) Accidentes sufridos estando embriagado o bajo el efecto de drogas, tóxicos o estupefacientes. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior al límite permitido por la legislación sobre Tráfico y Circulación vigente en el momento del accidente.

g) Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza; así como las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), infartos, episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente.

h) Los siniestros que, de acuerdo con la regulación sobre riesgos extraordinarios, tengan tal consideración, con independencia de que puedan no ser objeto de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros en virtud de la normativa que le sea aplicable.

La cobertura de estos riesgos extraordinarios es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa; se incluye un resumen de la misma al final de estas Condiciones Generales.

Artículo 2.- Garantías y prestaciones

Estarán aseguradas las garantías, de entre las incluidas en este artículo, a las que se haya asignado la correspondiente suma asegurada en las Condiciones Particulares.

1. Fallecimiento

Si como consecuencia de un accidente se produjera la muerte del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario la suma establecida al efecto. De haberse pactado una renta mensual, la Compañía pagará, además de la indemnización inicial establecida, el importe de tal renta durante el plazo fijado en las Condiciones Particulares; el derecho a la renta se causa desde la fecha de fallecimiento, devengándose el primer pago de la misma transcurridos treinta días desde esa fecha. Si el Beneficiario falleciera con anterioridad a la total percepción de las cantidades pactadas, la Compañía hará efectivo el pago a sus herederos legales.

Si al fallecer el Asegurado no hubiese beneficiario designado, ni reglas para su determinación, la suma asegurada formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

Si con anterioridad al fallecimiento la Compañía hubiera pagado una indemnización por invalidez, a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, ésta deberá indemnizar la diferencia entre el importe pagado y la suma

asegurada en caso de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Compañía no reclamará la diferencia. Si se hubieran pactado rentas mensuales, el cálculo de la diferencia citada se establecerá en base al valor actualizado de las mismas en el momento del fallecimiento.

2. Invalidez permanente

Tendrá tal consideración la pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos que sea consecuencia de un accidente.

El importe de la indemnización se fijará mediante la aplicación, sobre la suma asegurada, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones de esta garantía. Para la determinación de dichos porcentajes no se tendrán en cuenta la profesión y edad del Asegurado, ni ningún otro factor ajeno al baremo.

En la aplicación del baremo de lesiones regirán los siguientes principios:

- Los tipos de invalidez no especificados expresamente se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
  Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- **Cuando las lesiones afecten al miembro superior no dominante, el izquierdo de un diestro o viceversa, los porcentajes de indemnización sobre el mismo deben ser reducidos en un 15 por 100.**
- Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro u órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.
- La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo. La acumulación de todos los porcentajes de invalidez, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

Cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado alguna franquicia, no se indemnizarán los tipos de invalidez que, aislados o en conjunto, no superen el porcentaje establecido al efecto. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

BAREMO DE LESIONES	Porcentaje de indemnización
Cabeza y sistema nervioso	
• Enajenación mental completa	100
• Síndrome subjetivo por traumatismo craneal con alteraciones de carácter	5
• Epilepsia en su grado máximo	60
• Ceguera absoluta	100
• Pérdida de un ojo o de la visión del mismo, si se ha perdido con anterioridad el otro	70
• Pérdida de un ojo conservando el otro o disminución a la mitad de la visión binocular	25
• Catarata traumática bilateral operada	20
• Catarata traumática unilateral operada	10
• Sordera completa	50
• Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad	30
• Sordera total de un oído	15
• Pérdida total del olfato o del gusto	5
• Mudez absoluta con imposibilidad de emitir sonidos coherentes	70
• Ablación de la mandíbula inferior	30
• Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15
Columna vertebral	
• Paraplejía	100
• Cuadriplejía	100
• Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales, sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna: 3 por 100 por cada vértebra afectada, máximo del	20
• Síndrome de Barré-Lieou	10
Tórax y abdomen	
• Pérdida de un pulmón o reducción al 50 por 100 de la capacidad pulmonar	20
• Nefrectomía	10
• Ano contra natura	20
• Esplenectomía	5
Miembros superiores	
• Amputación de un brazo desde la articulación del húmero	70
• Amputación de un brazo al nivel del codo o por encima de éste	65
• Amputación de un brazo por debajo del codo	60
• Amputación de una mano al nivel de la muñeca o por debajo de ésta	55
• Amputación de cuatro dedos de una mano	50
• Amputación de un dedo pulgar	20
• Amputación total de un dedo índice o de dos falanges del mismo	15

BAREMO DE LESIONES	Porcentaje de indemnización
• Amputación total de cualquier otro dedo de una mano o de dos falanges del mismo	5
• Pérdida total del movimiento de un hombro	25
• Pérdida total del movimiento de un codo	20
• Parálisis total del nervio radial, del cubital o del mediano ..	25
• Pérdida total del movimiento de una muñeca	20
Pelvis y miembros inferiores	
• Pérdida total del movimiento de una cadera.....	20
• Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla	60
• Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla	55
• Amputación de un pie.....	50
• Amputación parcial de un pie conservando el talón ..	20
• Amputación de un dedo gordo	10
• Amputación de cualquier otro dedo de un pie.....	5
• Acortamiento de una pierna en 5 cm o más	10
• Parálisis total del ciático poplíteo externo	15
• Pérdida total del movimiento de una rodilla	20
• Pérdida total del movimiento de un tobillo	15
• Dificultades graves en la deambulación subsiguiente a la fractura de uno de los calcáneos ..	10

3. Incapacidad profesional

La suma asegurada se pagará en función de la incapacidad profesional que se derive de las lesiones corporales causadas por un accidente, tal y como se define este concepto a efectos de la póliza.

Se entenderá como:

- FECHA DEL SINIESTRO, la de la ocurrencia del accidente.
- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL, la situación física irreversible determinante de la total ineptitud para el ejercicio de la profesión habitual o de una actividad similar propia de la formación y conocimientos profesionales del Asegurado.
- INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, la situación física irreversible determinante de la total ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.
- GRAN INVALIDEZ, la situación de incapacidad permanente absoluta que, además, determine la necesidad de asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Se pagará la suma asegurada al ser reconocido como definitivo, dentro de los dos años a contar desde la fecha del accidente cubierto por la póliza, el tipo de incapacidad consignado en las Condiciones Particulares de la póliza o cualquier otro de grado superior, salvo que se estipulen sumas diferenciadas para cada uno de los grados de incapacidad enunciados.

Si se hubiera pactado una renta mensual, la Compañía pagará, además de la indemnización inicial establecida, el importe de tal renta durante el plazo fijado en las Condiciones Particulares; el derecho a la renta se causa desde el día en que la situación y el grado de incapacidad sean reconocidos como definitivos, devengándose el primer pago de la misma transcurridos treinta días desde esa fecha.

Si el Asegurado falleciera con anterioridad a la finalización del plazo convenido para el pago de la renta, la Compañía, salvo pacto en contrario, pagará al Beneficiario las rentas mensuales que resten por abonar hasta la total finalización del período estipulado en las Condiciones Particulares.

Si también se contrata la garantía de invalidez permanente, se entenderá que ésta sólo es de aplicación cuando las lesiones no alcancen el grado de incapacidad profesional asegurado.

4. Invalidez temporal

Se considerará como tal, a efectos del seguro, la imposibilidad temporal para realizar el trabajo u ocupación habitual, en tanto dicha incapacidad se derive de un accidente.

La presente garantía es independiente de la baja laboral que pudiera proceder de acuerdo a la legislación de Seguridad Social, así como de cualquier incapacidad temporal reconocida por Mutuas u otras entidades, por lo que el período de incapacidad, así como su grado, será determinado por los Servicios Médicos de la Compañía, pudiendo incluso finalizar sin que el Asegurado haya recibido el Alta de cualesquiera otras entidades.

La suma asegurada tiene carácter de indemnización mensual pagadera por meses vencidos, o períodos menores, mientras persista la situación incapacitante y **durante un máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente.**

Cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado un período de carencia, la Compañía asumirá el pago de la indemnización en exceso del mismo. El plazo de carencia se computará desde la fecha de baja inicial.

En aquellos casos en que la duración del periodo de incapacidad sea superior a 60 días, no se aplicará el período de carencia pactado.

El alta médica o la incorporación a la actividad habitual darán lugar a la extinción de las prestaciones de la Compañía en virtud de esta garantía.

Si a consecuencia del accidente se produjera la hospitalización del Asegurado, la Compañía abonará además, con carácter complementario y **con máximo de tres meses de indemnización,** una

suma igual a la devengada en concepto de invalidez temporal durante el tiempo en que el Asegurado estuvo hospitalizado.

5. Gastos sanitarios

La Compañía garantiza, **durante un período máximo de dos años, a contar desde la fecha del accidente,** y hasta el límite de la suma asegurada para esta garantía la prestación o el pago de:

- La asistencia médica, ambulancias, farmacia, internamiento sanatorial y rehabilitación física.
- Los desplazamientos y estancias del Asegurado, causados con motivo de recibir asistencia ambulatoria cuando ésta no sea posible en su localidad de residencia y **siempre que hayan sido autorizados previamente por la Compañía.**
- La implantación de prótesis o aparatos ortopédicos. **Los daños en prótesis preexistentes no están asegurados.**
- Operaciones de cirugía plástica o de trasplante de miembros u órganos.

La Compañía asumirá el pago de estas dos últimas prestaciones —prótesis o aparatos ortopédicos y operaciones de cirugía plástica o trasplantes— hasta un máximo del 10 por 100 de la suma asegurada más alta, de entre las pactadas para las garantías de fallecimiento e invalidez permanente o incapacidad profesional, y **con límite máximo de 3.010 Euros para cada una.**

Las prestaciones derivadas de esta garantía deberán ser efectuadas por profesionales o proveedores designados o aceptados expresamente por la Compañía; en caso contrario, el Asegurado tomará a su cargo la mitad de los gastos generados. No obstante, la Compañía abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios con independencia de quién los preste.

Cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado alguna franquicia, la Compañía asumirá el pago de los gastos en exceso de la misma y hasta el límite de la suma asegurada. A tal efecto, la Compañía presentará al Asegurado el correspondiente recibo de recobro o efectuará un **cargo en la cuenta bancaria en la que se hubiera domiciliado el pago de los recibos de primas.**

COBERTURA DE ASISTENCIA

Artículo 3.- Objeto y extensiones

Prestar los servicios inherentes a las garantías contratadas y, en su caso, pagar las indemnizaciones correspondientes.

Si los proveedores de la Compañía no pudieran prestar los servicios garantizados o se retrasaran en la realización de los mismos, por causas de fuerza mayor, fenómenos meteorológicos o, en general, por cualquier causa que determine su saturación, la obligación de ésta quedará limitada exclusivamente al pago, dentro de los límites establecidos, de los gastos en que hubiera incurrido el Asegurado para obtener los servicios garantizados por este contrato.

Las prestaciones derivadas de esta cobertura deberán ser efectuadas por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Compañía, en caso contrario el Asegurado tomará a su cargo la mitad de los gastos.

Artículo 4.- Garantías y prestaciones

Estarán aseguradas las garantías, de entre las previstas en este artículo, cuya inclusión se cite expresamente en las Condiciones Particulares.

1. EN VIAJE

Se entenderá como viaje cualquier desplazamiento de una **duración máxima de 60 días,** límite que no será aplicable cuando el viaje tuviera por objeto la realización de estudios reglados en territorio español, y siempre que el hecho causante de las prestaciones ocurra **a más de 15 km. del domicilio habitual del Asegurado; si éste residiera fuera del territorio peninsular el límite aplicable será de 10 km. No tendrán tal consideración a efecto de esta cobertura, los desplazamientos realizados con objeto de recibir asistencia sanitaria.**

Excepto en el supuesto expresamente recogido en el párrafo anterior, **cuando la duración prevista para el viaje del Asegurado sea superior a 60 días esta cobertura no será de aplicación. No ampara, por tanto, las asistencias solicitadas por hechos ocurridos durante los primeros 60 días de viajes que tengan prevista una duración superior.**

La Compañía podrá requerir que se acredite documentalmente la duración del viaje a efectos de verificar la cobertura.

Esta cobertura es de aplicación a las personas cuya residencia habitual esté situada **en territorio español, en caso contrario, la cobertura se limita, única y exclusivamente, a los desplazamientos dentro de territorio español.**

PRESTACIONES ASEGURADAS

- Gastos de curación.

  Si el hecho causante de la prestación sucede **en el extranjero,** la Compañía se hará cargo de los gastos de farmacia, honorarios médicos, ambulancias, hospitalización e intervenciones quirúrgicas hasta un **máximo de 12.025 Euros.** Si la causa fuera un accidente y también se hubiera contratado la Garantía de Gastos Sanitarios, la Compañía pagará, con cargo a la misma, el exceso que pudiera producirse sobre el límite citado en este apartado.

  Esta cobertura no será aplicable a los gastos sanitarios incurridos en España ni a los derivados de hechos previsibles al inicio del viaje, tales como partos a término y tratamientos o cuidados habituales de padecimientos crónicos físicos o mentales. Sí estarán cubiertos, no obstante, los partos prematuros imprevistos y la interrupción espontánea del embarazo, así como los brotes agudos de padecimientos crónicos ocurridos de forma súbita e imprevisible.

- Prolongación del viaje.

  Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado deba prolongar su estancia en el extranjero, la Compañía le abonará los gastos de estancia de ese período con **límite de 155 Euros diarios y hasta un máximo de 1.505 Euros.**

- Traslado o repatriación.

  Si el Asegurado no pudiera retornar por sus propios medios, por impedirlo su estado de salud, la Compañía organizará su traslado a un centro sanitario adecuado o hasta su domicilio habitual. Los servicios médicos de la Compañía, en coordinación con los facultativos que le atiendan, serán los encargados de organizar y supervisar la prestación del servicio y determinar los medios de transporte idóneos; **la utilización de medios aéreos especiales, cuando proceda, queda limitada a los países ribereños del Mediterráneo y al resto de Europa.**

  En caso de fallecimiento, la Compañía efectuará los trámites necesarios para el traslado o repatriación del Asegurado desde el lugar del hecho hasta el municipio de inhumación en España.

- Localización y salvamento.

  Si el asegurado desapareciera en situación de inminente peligro, la Compañía pagará los gastos para su localización y salvamento **hasta un máximo de 1.505 Euros.**

- Gastos de acompañante.

  Como complemento a las prestaciones devengadas por el Asegurado, la Compañía garantiza también las siguientes:

a) En caso de hospitalización del Asegurado.
Si la duración del internamiento fuera superior a 5 días, la Compañía abonará los gastos de un acompañante, si llegaran a producirse, conforme a los siguientes criterios:
- Desplazamiento, en medios ordinarios de transporte público, hasta el lugar de hospitalización y regreso a su domicilio.
- Estancia y alojamiento:
  * En España: **máximo de 125 Euros diarios con límite de 1.205 Euros.**
  * En el extranjero: **máximo de 155 Euros diarios con límite de 1.505 Euros.**

b) Si se produce el traslado o repatriación del Asegurado. La Compañía asumirá también los gastos del viaje de uno de sus acompañantes, de resultar necesario el acompañamiento, en los mismos medios de transporte utilizados para el retorno del Asegurado.
Si éste, o el acompañante, fuera menor de 15 años y viajara solo, la Compañía facilitará en caso necesario una persona que le atienda durante el viaje de retorno.
Si la causa fuera el fallecimiento del Asegurado, serán de aplicación las normas y límites previstos para su traslado, **sin que tales límites se dupliquen con motivo del viaje del acompañante.**

También estarán aseguradas las siguientes prestaciones especiales:

- Retorno anticipado.

  Si el Asegurado se viera en la necesidad de interrumpir el viaje como consecuencia de:
  - Un siniestro grave en su domicilio o en su industria o negocio.
  - Enfermedad grave o fallecimiento de un familiar (hasta segundo grado de parentesco directo o afín).

  Y en tanto no le fuera posible emplear los mismos medios de transporte previstos para su regreso, la Compañía le abonará los gastos del viaje de vuelta en medios ordinarios de transporte público.

- Equipaje.

  - En caso de robo o extravío del equipaje y efectos personales del Asegurado, la Compañía colaborará en las gestiones para su localización, y cuando sea localizado lo expedirá al lugar designado por el Asegurado o reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido para recogerlo.
  - Si el extravío se produjera con motivo de un vuelo en medios públicos de navegación aérea, y no apareciese en las 24 horas siguientes a la llegada al aeropuerto de destino, la Compañía reembolsará además, hasta un máximo de 305 Euros por asegurado y con límite de 1.205 Euros por siniestro, los gastos en que éste haya incurrido para adquirir el vestuario y los objetos de aseo personal imprescindibles.

    No se consideran medios públicos, a efectos de esta garantía, los aerotaxis ni los helicópteros.

- Envío de medicamentos.

  Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado necesitase medicamentos que no se comercializaran en el lugar donde él estuviera, y no existieran productos análogos, la Compañía se los hará llegar en el menor tiempo posible.

- Envío de fondos.

  Si como consecuencia de accidente, enfermedad, robo o extravío de bienes, ocurridos **en el extranjero,** el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos en ese lugar, la Compañía le enviará, **en concepto de préstamo sin interés,** la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes y hasta un **máximo de 905 Euros o su equivalente en moneda local.**

  El Asegurado se obliga a la devolución del importe percibido por este concepto, en cuanto regrese a su domicilio habitual y como máximo a los sesenta días de la fecha en que recibió el dinero. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución del préstamo, **la Compañía podrá reclamarlo incrementado con el interés legal aplicable en el momento de su reclamación.**

- Transmisión de mensajes urgentes.

  La Compañía gestionará la transmisión de mensajes del Asegurado, **urgentes y justificados,** relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones de esta garantía.

PRESTACIONES NO ASEGURADAS

a) Las prestaciones que sean objeto de esta garantía y también correspondan al Asegurado en virtud de cualquier otro seguro o cobertura a su favor. No obstante, esta garantía complementará a aquélla, por defecto o en exceso, dentro de los límites asegurados.

b) Los servicios que, debiendo ser prestados por la Compañía, concierte el Asegurado por su cuenta y sin previo consentimiento de ésta. No obstante, la Compañía abonará íntegramente, hasta el límite de su responsabilidad, los gastos que se deriven de los servicios contratados directamente por el asegurado en casos de urgente necesidad.

c) Los servicios que tengan su origen en alguno de los riesgos no asegurados por la cobertura de accidentes.

2. EN EL DOMICILIO

Si por prescripción del médico de la compañía y como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, el asegurado lesionado resultara temporalmente incapacitado para realizar las tareas domésticas o académicas habituales o necesitara atención sanitaria a domicilio, ayuda doméstica o escolar, la compañía garantiza el reembolso de la factura emitida en legal forma por la empresa o profesional autónomo que preste

el servicio que necesariamente debe haber sido previamente autorizado por la compañía.

- Personal sanitario.

  Fisioterapeutas, ayudantes técnicos sanitarios y auxiliares de clínica, mientras el estado de salud del Asegurado lo requiera, **durante un máximo de tres meses y con límite de 3.010 Euros y siempre que no pueda obtener esta prestación a través de cualquier otro seguro** (público o privado).

  Si también se hubiera contratado la Garantía de Gastos Sanitarios, la Compañía asumirá, con cargo a la citada garantía y conforme a sus propias condiciones de cobertura, los posibles excesos sobre el límite indicado.

- Personal doméstico.

  El necesario para auxiliarle en las labores de limpieza, así como los gastos de lavandería, a partir del décimo día del accidente y mientras su estado lo haga necesario, durante un máximo de tres meses y con límite por siniestro de 20 Euros diarios y hasta un máximo, en cualquier caso, de 1.505 Euros por siniestro.

- Personal docente.

  El adecuado para impartir clases particulares de las **asignaturas incluidas en el Plan Oficial que reglamente los estudios del Asegurado, a partir del trigésimo día del accidente** y mientras su estado lo haga necesario, **durante un máximo de seis meses y con límite de 1.205 Euros.**

En el caso de que, tras un accidente cubierto en la póliza, el Asegurado resultase totalmente impedido para la deambulación requiriendo desplazamiento en silla de ruedas de por vida, se abonarán los gastos en que haya incurrido para la adecuación de su vivienda y/o automóvil **hasta un límite máximo de 3.010 Euros por siniestro.**

3. DEFENSA JURÍDICA

GARANTÍAS Y PRESTACIONES

En cumplimiento del deber de información, asumido por el Tomador, MAPFRE VIDA le informa de que la presente garantía de Defensa Jurídica está cubierta bajo la póliza de seguro suscrita por MAPFRE VIDA con MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., con domicilio social en España en Carretera de Pozuelo nº 50, 28222, Majadahonda (Madrid), y NIF nº A-28/141935. Las condiciones de esta garantía, con sus limitaciones y exclusiones, están recogidas en estas Condiciones Generales, rigiéndose el contrato por la legislación española.

Se garantizan tanto el pago de los gastos en que pueda incurrir el Asegurado por su intervención en un procedimiento legal de los previstos

expresamente en esta garantía, **cuya causa nazca de hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza y siempre que la cuantía de la reclamación sea superior a 305 Euros,** así como la prestación de los servicios de asistencia jurídica derivados de la cobertura otorgada.

La Compañía asumirá, hasta el límite del capital asegurado para esta cobertura, los siguientes pasos:

- Honorarios de abogado y, en su caso, procurador conforme a las normas reguladoras del colegio profesional correspondiente.
- Otorgamiento de los poderes que resulten necesarios al procedimiento.
- Dictámenes periciales, certificaciones y, en general, cualquier otro gasto pertinente para la correcta defensa de los intereses del Asegurado.
- Costas judiciales, cuando por sentencia sean impuestas al Asegurado.

No estará cubierto el pago de sanciones y multas impuestas al Asegurado, ni el cumplimiento de las obligaciones que le fueran impuestas por la sentencia.

PROCEDIMIENTOS AMPARADOS

La Compañía garantiza la defensa jurídica del Asegurado, **exclusivamente cuando no exista una póliza de seguro que cubra los hechos en base a los que se produce la reclamación,** siempre y cuando se derive de los siguientes procedimientos:

- Reclamación de daños y perjuicios.

  Como consecuencia de los sufridos en la persona o el patrimonio del Asegurado, así como la defensa ante reclamaciones por los daños que él pueda ocasionar, tanto si se derivan de culpa contractual como extracontractual del causante.

En los casos de culpa contractual, la Compañía asumirá su defensa jurídica para los casos de incumplimiento total, parcial o defectuoso de los siguientes servicios:

- Médicos y hospitalarios.
- Hostelería y turismo.
- Enseñanza y transporte escolar.
- Limpieza.
- Mudanzas.
- Los prestados por profesionales liberales titulados, tales como abogados, notarios, gestores administrativos, etc.
- Los realizados por profesionales y empresas dedicadas a reparaciones y reformas de viviendas o arreglos en general, tales como electrodomésticos, automóviles y similares.
  Excluyendo cualquier actividad distinta de las enunciadas y en especial las actividades bancarias y las de suministro de agua, gas, electricidad y teléfono.

- Defensa penal.

  A consecuencia de los **juicios verbales de faltas** en que se vea implicado el Asegurado. Así como el ejercicio de las acciones, penales y civiles, que correspondan cuando él sea perjudicado por el delito o falta que se persiga.

- Derecho laboral.

  Defensa del Asegurado, ante los Organismos o Entidades competentes, en los casos de conflicto derivado del régimen de Seguridad Social que le sea aplicable. Igualmente estará cubierta su defensa en caso de conflicto individual con la empresa o Administración para la que trabaje, así como en los procedimientos emprendidos contra él por sus empleados de servicio doméstico.

No serán objeto de cobertura los siguientes procedimientos:

- **Reclamaciones de los empleados del Asegurado (excepto los del servicio doméstico) y las de terceros por actos u omisiones de aquéllos en el desempeño de sus funciones laborales.**
- **Reclamaciones cuya causa sea la actividad profesional del asegurado, excepto en los casos previstos como prestaciones aseguradas en «derecho laboral».**
- **Casos derivados del uso y circulación de vehículos a motor, cuando el Asegurado fuera el propietario o el conductor del vehículo.**

DESIGNACIÓN DE PROFESIONALES

El Asegurado tiene derecho, previa notificación a la Compañía, a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en los procedimientos objeto de cobertura.

Igual derecho le asiste en los casos que se presten a conflicto de intereses entre las partes, entendiendo como tal la desavenencia en el modo de tratar una cuestión litigiosa, en cuyo caso la Compañía debe comunicárselo inmediatamente.

No obstante, si el Asegurado designa profesionales sin previo conocimiento de la Compañía, la responsabilidad de ésta quedará limitada a un máximo de 95 Euros por todos los conceptos, aunque el importe de los gastos fuera mayor.

La Compañía, en caso de que el profesional designado formara parte de su plantilla, garantiza que ningún miembro del personal que se ocupa de la gestión de defensa jurídica, realiza al tiempo actividad parecida en otro ramo de los que opera la entidad.

Los profesionales designados gozarán de total libertad en la dirección técnica del asunto. No obstante, la Compañía se reserva el derecho a decidir respecto a la conveniencia de entablar los procedimientos oportunos o, en su caso, interponer recursos o apelaciones, a cuyo efecto se le debe entregar copia de la sentencia recaída en el plazo máximo de las 24 horas siguientes a la notificación.

Cuando a juicio de la Compañía no exista base legal para que prosperen las pretensiones del Asegurado, éste podrá iniciar el procedimiento, o en su caso interponerla apelación o el recurso, siendo a su cargo los gastos que se causen. Si recayera sentencia firme favorable a sus intereses, la Compañía pagará los gastos correspondientes hasta el límite de la suma asegurada.

El Asegurado podrá realizar acuerdos con la parte contraria, en cualquier momento del procedimiento, con el único requisito **de obtener el consentimiento previo de la Compañía.**

ORIENTACIÓN JURÍDICA

El Asegurado, ante cualquier problema legal que se le suscite, puede utilizar el Servicio de Orientación Jurídica que la Compañía pone a su disposición para consultas telefónicas.

La consulta será atendida por uno de los abogados de tal servicio y se limitará a la mera orientación verbal respecto a la cuestión planteada, sin emitir dictamen escrito sobre la misma.

Artículo 5.- Actualización de las sumas aseguradas

La revalorización de las sumas aseguradas originará el correspondiente incremento proporcional de las primas, límites y franquicias económicas de la póliza.

El índice pactado se aplicará siempre sobre las sumas aseguradas de la anualidad anterior y conforme a los siguientes criterios:

- Porcentaje fijo.

  La revalorización se efectuará incrementando el porcentaje pactado al efecto.

- Índice de Precios de Consumo.

  La actualización se realizará aplicando el porcentaje de variación que resulte de comparar el índice correspondiente al vencimiento del seguro con el aplicado en la anualidad anterior.

- Rentas mensuales.

  Como complemento a la actualización sufrida por la suma asegurada hasta el momento de un siniestro, las rentas mensuales seguirán revalorizándose anualmente a partir de la fecha de su devengo. Tal revalorización se efectuará incrementando el porcentaje pactado al efecto.

- **Actualización sin necesidad de pacto expreso.**

  - **Si la garantía de Gastos Sanitarios se contrata bajo la modalidad de suma asegurada ilimitada,** su prima quedará sujeta a la actualización anual en base a la variación sufrida por el IPC en su apartado de Servicios Médicos y Sanitarios.

Artículo 6.- Importe y pago de la prima y efectos de su impago

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. En ausencia de pacto, respecto al lugar de pago, la Compañía presentará los recibos en el último domicilio que el Tomador del Seguro le haya notificado.

NORMA GENERAL

• Prima inicial

La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.

Si por culpa del Tomador del Seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de su obligación.

• Primas sucesivas

Para caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico actuariales, tenga establecidas en cada momento la Compañía, teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.

La Compañía, con sesenta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, notificará al Tomador del Seguro las primas aplicables para cada nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente (en el domicilio de dicho Tomador o en el determinado en la póliza), comunicándole la fecha de presentación al cobro. Si la tarifa fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto a la aplicada en el período precedente, el Tomador, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa a la Compañía, mediante carta certificada, telegrama o telefax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del período en curso.

En este caso si, por hallarse domiciliado el pago de la prima en una entidad bancaria, el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, la Compañía le reintegrará su importe.

La falta de pago de una de las primas siguientes dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Compañía podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.

Si la Compañía no reclama el pago pendiente de la prima, dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD DE DEPÓSITO

Si se pacta, como forma de pago, la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del Seguro entregará a la Compañía carta dirigida al Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las de carácter general, las normas siguientes:

- **Primera prima**

  La prima se supondrá satisfecha desde el día del efecto del contrato salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad de Depósito designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Compañía notificará por escrito al Tomador del Seguro el impago producido y que tiene el recibo en el domicilio de la Compañía durante 15 días para su pago. Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto.

- **Primas sucesivas**

  Si la Entidad de Depósito devolviera el recibo impagado, la Compañía notificará el impago al Tomador del Seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del seguro o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

PAGO DURANTE LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima.

Fraccionamiento del pago

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.

Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro. Si se produjera la pérdida total de los bienes asegurados, se deducirá también el importe de

las fracciones de prima no vencidas correspondientes a la anualidad del seguro en curso, sin perjuicio de lo dispuesto a tal efecto en la Ley y en este contrato.

Artículo 7.- Actuación en caso de siniestro

La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Compañía lo antes posible y **como máximo dentro de los siete días siguientes de haberlo conocido,** salvo que en la póliza se hubiera pactado un plazo más amplio.

La notificación puede ser realizada telefónicamente, utilizando el Centro de Servicios de la Compañía, pero **deberá ser ratificada por escrito cuando ésta lo considere necesario** para la más correcta tramitación del siniestro.

El Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Compañía cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.**
- Autorizar a facultativos y profesionales, por escrito si fuera necesario, para que faciliten a la Compañía cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder **al reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía,** así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

La Compañía, cuando el siniestro haya sido causado por un tercero, podrá ejercer las acciones que estime pertinentes a fin de recobrar las cantidades satisfechas por la asistencia sanitaria del Asegurado. El mismo derecho le corresponde, en los casos de defensa jurídica, cuando la parte contraria sea condenada al pago de las costas causadas.

GESTIÓN DE DOCUMENTOS

La Compañía informará al interesado de los documentos que resulten necesarios para obtener las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías contratadas en la póliza, y reembolsará al Asegurado los gastos que de ello se deriven hasta un máximo de 155 Euros (incluido el coste de la tramitación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, con excepción del pago del propio impuesto).

El exceso de gastos que pudiera producirse, respecto al citado límite, **podrá ser pagado con cargo a la garantía afectada y en concepto de anticipo de indemnización.**

Artículo 8.- Comunicaciones

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

   En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

   Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

Artículo 9.- Jurisdicción. Instancias y pasos a seguir en caso de reclamación

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España.

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de Correos 281- 28222 Majadahonda, Madrid), por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com) o a través del teléfono 900205009, de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página Web "mapfre.es", y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

Así mismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es).

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

CONDICIONES ESPECIALES

SEGURO COMBINADO DE ACCIDENTES PERSONALES

Preliminar

Si en las Condiciones Particulares del seguro se pacta la aplicación de alguna de estas cláusulas, las Condiciones Generales se considerarán modificadas en función del contenido de las mismas.

El texto de las Condiciones Especiales prevalecerá sobre el de las Generales, por lo que cualquier artículo o apartado de estas últimas que las contradiga será considerado nulo.

Cláusula AC-01. Accidentes laborales

Tendrán tal condición los supuestos contemplados en los artículos 156 y 157 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de Octubre), quedando ampliada al efecto la delimitación que del concepto «accidente» se efectúa en las Condiciones Generales. **Esta ampliación de cobertura no rige para los accidentes ordinarios o no laborales.**

Cláusula AC-02. Seguros de grupo

Si el seguro se ha contratado para cubrir los riesgos de un grupo de personas regirán las siguientes normas.

- **Variaciones del grupo asegurado.**

  El Tomador del Seguro debe declarar a la Compañía, por escrito salvo pacto en contrario, las altas y bajas de asegurados, las cuales **surtirán efecto desde las cero horas del día siguiente al de la notificación** o, si fueran cursadas por correo, de la fecha que figure en el matasellos del envío.

Si se hubiera pactado la comunicación periódica de las variaciones, el Tomador deberá efectuar tal declaración en el plazo máximo de los treinta días siguientes al vencimiento del período a regularizar. Las altas y las bajas surtirán efecto, en tal caso, conforme al sistema pactado.

- **Regularizaciones de primas.**

  La Compañía regularizará las primas en función de las altas y las bajas producidas y con la periodicidad pactada al efecto. Para el pago de estas primas existirá un plazo de gracia de un mes, a contar desde

la fecha en que la Compañía requiera por primera vez el pago de recibo; si se hubiera pactado la domiciliación bancaria de los recibos, la Compañía enviará el suplemento al Tomador y, posteriormente, presentará el recibo al cobro en la entidad designada para el pago.

Si el Tomador no enviase los documentos necesarios para la regularización o hubiese transcurrido el plazo de gracia para abonar la prima correspondiente sin efectuar el pago del recibo, la póliza quedará automáticamente en suspensión de garantías respecto a las personas incorporadas al seguro durante el período a regularizar.

Cláusula AC-03. Afiliación a la Seguridad Social

Cuando sea éste el sistema pactado para la identificación y control del grupo asegurado, serán de aplicación las siguientes normas:

- No será necesaria la cumplimentación individual de solicitudes de adhesión al seguro; en consecuencia, **se conviene que la Compañía no esté obligada a emitir certificados individuales de cobertura.**
- El Tomador, en el momento de formalizar la solicitud del seguro, informará a la Compañía del número de empleados en situación de alta a efectos de la Seguridad Social. Estos adquirirán la condición de asegurados, sin necesidad de identificación nominal, desde el momento en que el seguro entre en vigor.

  No obstante, **el Tomador del Seguro tiene la obligación de declarar a la Compañía el nombre y estado de salud, hasta donde le sea conocido, de los empleados que en ese momento se encuentren en situación de Incapacidad Laboral Transitoria o en trámite de declaración de incapacidad profesional.**

  La Compañía se reserva el derecho de aceptar la inclusión esos empleados en el seguro, así como el de fijar las primas y condiciones de cobertura adecuadas a cada caso.

  Las altas de nuevos asegurados tomarán efecto el mismo día que la causen a efectos del Régimen de la Seguridad Social que corresponda. **No tendrán la condición de asegurados, a efectos de esta póliza, las personas que no hubieran sido dadas de alta en tal Régimen.**

  Las bajas de asegurados se producirán en la misma fecha que la causen a efectos de la Seguridad Social.
- Para la regularización de altas y bajas será suficiente con que el Tomador del Seguro remita a la Compañía, con la periodicidad pactada, una declaración del número de empleados de alta en Seguridad Social el último día de cada uno de los meses del período a regularizar. **La Compañía tiene derecho a verificar en cualquier momento tales declaraciones.**
  La regularización se efectuará mediante la aplicación de la prima proporcional correspondiente sobre el número medio de empleados en el período a regularizar.

Cláusula AC-04. Centros docentes

De haberse pactado la inclusión de esta cláusula serán aplicables los siguientes criterios:

- **Las coberturas de la póliza quedan limitadas a garantizar, exclusivamente, las consecuencias de los accidentes ocurridos:**
  - **Durante la estancia en el recinto o instalaciones del centro.**
  - **Con motivo de la realización, bajo la responsabilidad del Tomador, de actividades fuera del recinto o instalaciones del centro.**
  - **En los desplazamientos necesarios para la realización de las actividades enunciadas en los apartados precedentes.**
  - **En caso de excursiones o viajes se considerarán excluidos, salvo pacto en contrario, aquéllos de duración superior a sesenta días.**
- El Tomador, en el momento de formalizar la solicitud de seguro, informará a la Compañía del número de alumnos que figuren de alta en el registro oficial de matrículas. Los alumnos incluidos en ese registro adquirirán la condición de asegurados, sin necesidad de identificación nominal, desde el momento en que el seguro entre en vigor; en consecuencia, **se conviene que la Compañía no esté obligada a emitir certificados individuales de cobertura.**

  Las altas de nuevos asegurados surtirán efecto a las cero horas del día de su incorporación. Las bajas, desde el momento que se compute a efectos del centro.
- Para la regularización de altas y bajas será suficiente con que el Tomador del Seguro remita a la Compañía, con la periodicidad pactada, una declaración del número de alumnos que figuren de alta en el citado registro el último día del período objeto de regularización. **La Compañía tiene derecho a verificar en cualquier momento tales declaraciones.** La regularización se efectuará mediante la aplicación de la prima por asegurado sobre el número de alumnos declarados a efectos de tal regularización.

Cláusula AC-05. Invalidez progresiva

Esta cláusula tiene por objeto ampliar el baremo de lesiones contenido en el apartado 2 del artículo 2 de las Condiciones Generales, a fin de indemnizar ponderadamente la invalidez permanente que resulte de un accidente.

El incremento de indemnización será efectuado de forma escalonada sobre cada unidad o fracción porcentual que exceda del tramo anterior, aplicando el índice multiplicador correspondiente al porcentaje de indemnización del baremo.

• MODALIDAD 225%

Porcentaje de indemnización	Índice multiplicador
• Hasta el 25%	**Ninguno**
• Entre el 26 y el 50%	2
• Entre el 51 y el 100%	3

• MODALIDAD 350%

Porcentaje de indemnización	Índice multiplicador
• Hasta el 25%	**Ninguno**
• Entre el 26 y el 50%	2
• Entre el 51 y el 100%	5

La indemnización máxima no podrá ser superior al 225 % o, conforme corresponda a la modalidad contratada, al 350 % de la suma asegurada para la Garantía de Invalidez Permanente.

Se incluye a continuación una tabla de porcentajes de indemnización acumulados.

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN		
BAREMO	PONDERADO	
	MODALIDAD 225%	MODALIDAD 350%
01	01	01
02	02	02
03	03	03
04	04	04
05	05	05
06	06	06
07	07	07
08	08	08
09	09	09
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	27	28
27	29	31
28	31	34
29	33	37
30	35	40
31	37	43
32	39	46
33	41	49

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN		
BAREMO	PONDERADO	
	MODALIDAD 225%	MODALIDAD 350%
34	43	52
35	45	55
36	47	58
37	49	61
38	51	64
39	53	67
40	55	70
41	57	73
42	59	76
43	61	79
44	63	82
45	65	85
46	67	88
47	69	91
48	71	94
49	73	97
50	75	100
51	78	105
52	81	110
53	84	115
54	87	120
55	90	125
56	93	130
57	96	135
58	99	140
59	102	145
60	105	150
51	108	155
62	111	160
63	114	165
64	117	170
65	120	175
66	123	180
67	126	185
68	129	190
69	132	195
70	135	200
71	138	205
72	141	210
73	144	215
74	147	220
75	150	225
76	153	230
77	156	235
78	159	240
79	162	245
80	165	250
81	168	255
82	171	260
83	174	265
84	177	270

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN		
BAREMO	PONDERADO	
	MODALIDAD 225%	MODALIDAD 350%
85	180	275
86	183	280
87	186	285
88	189	290
89	192	295
90	195	300
91	198	305
92	201	310
93	204	315
94	207	320
95	210	325
96	213	330
97	216	335
98	219	340
99	222	345
100	225	350

Cláusula AC-09. Ampliación de cobertura de defensa jurídica

Se conviene que las prestaciones de la cobertura de Defensa Jurídica se amplían a los siguientes supuestos:

DERECHO DE PROPIEDAD

Por esta garantía queda cubierta la reclamación, extrajudicial y judicial, de los daños y perjuicios sufridos por el Asegurado, frente al promotor, contratista y dirección facultativa de la construcción del inmueble en que se ubica su vivienda habitual, por arruinamiento del inmueble, vicios ocultos, defecto de los materiales o en la mano de obra. Asimismo, quedan cubiertos los procedimientos legales que pudiera iniciar el Asegurado contra el vendedor de la vivienda indicada en las Condiciones Particulares, en caso de que por sentencia firme y en virtud de un derecho anterior a la compra, se prive al Asegurado de la posesión legal y pacífica de todo o parte del inmueble vendido.

Queda, asimismo, cubierta la defensa en los procedimientos en los que el Asegurado pudiera ser parte frente a los demás propietarios de locales y viviendas de la comunidad en la que se encuentre su vivienda habitual, por razón de perturbación en su propiedad, en el uso o disfrute del bien asegurado, o por cuestiones derivadas de la utilización de los elementos comunes.

Quedan excluidos los procedimientos que se promuevan frente al Asegurado por impago de las cuotas correspondientes a los gastos comunes de la comunidad o de las derramas extraordinarias para la realización de obras necesarias, siempre que hubieran sido acordadas con arreglo a derecho.

DERECHO DE ARRENDAMIENTO

Por esta garantía quedan cubiertos los conflictos que se planteen al Asegurado frente al arrendador de la vivienda que constituya su domicilio habitual.

Quedan excluidos los procedimientos promovidos contra el Asegurado por impago de la renta del arrendamiento.

Cláusula AC-10. Cancelación de saldos pendientes

En caso de que el Asegurado fallezca o le sea reconocida una Incapacidad Permanente Absoluta como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza según los términos previstos en las Condiciones Generales, se garantiza el pago de una indemnización igual a la suma de los importes cargados en su cuenta bancaria, en los seis meses posteriores a la fecha del accidente, por compras abonadas con tarjeta de crédito con anterioridad al siniestro, **con un límite máximo de 600 Euros (seiscientos) por siniestro.**

Esta indemnización es independiente de la que pudiera corresponder por la garantía de Fallecimiento Accidental o Incapacidad Profesional Absoluta.

Cláusula AC-11. Personal sustitutorio

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado estuviera temporalmente impedido para desarrollar la actividad laboral que figura en las Condiciones Particulares, la Compañía reembolsará mensualmente, e independientemente de la suma asegurada correspondiente por la garantía de Invalidez Temporal, los gastos en que incurra el Asegurado para la contratación de un profesional que lo sustituya en sus actividades laborales habituales.

El límite máximo de indemnización mensual será la cantidad contratada para la garantía de Invalidez Temporal, y durante un periodo máximo de doce meses.

Se establece un periodo de carencia de 30 días a contar desde la ocurrencia del siniestro.

Para hacer efectivo el pago mensual, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía la contratación del profesional mediante una copia del correspondiente contrato de trabajo.

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

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

De conformidad con lo establecido en el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
g) Los causados por mala fe del Asegurado.
h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan

establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

   - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
   - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

NOTAS

NOTAS

NOTAS



24 horas a su servicio

Teléfono de información: 902 811 899

Y desde el extranjero: (+34) 91 581 18 28

mapfre.es

MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana - Domicilio Social: Ctra. Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda (Madrid) - ESPAÑA
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50 - C.I.F. A-28229599

S105235-ACC-PERS-18-1 - xxxx Uds. 06-18