

Zurich Accidentes

Condiciones Generales de Garantías



Bienvenida a Zurich

Queremos darle la bienvenida a la compañía y ponernos a su disposición para todo cuanto pueda necesitar.

Zurich quiere darle el mejor servicio cuando lo necesite, dando respuestas rápidas y efectivas e informándole de forma clara.

En este condicionado encontrará todos los detalles de lo que incluye su nuevo seguro de Zurich Accidentes.

¡Disfrute tranquilo, nosotros estamos siempre a su lado!

ZURICH ACCIDENTES

Índice condiciones generales de garantías

I. REGULACIÓN LEGAL.....	5
II. ¿QUÉ DEBO HACER EN CASO DE SINIESTRO?	9
III. CUADRO RESUMEN GARANTÍAS Y COBERTURAS	10
IV. CONDICIONES GENERALES DE GARANTÍAS	12
ARTÍCULO 1. DEFINICIONES	12
ARTÍCULO 2. OBJETO Y ALCANCE DEL SEGURO.....	12
ARTÍCULO 3. ACCIDENTES NO CUBIERTOS	13
ARTÍCULO 4. PERSONAS NO AMPARADAS POR LA PÓLIZA.....	15
ARTÍCULO 5. GARANTÍAS.....	16
5.1. Muerte	16
5.2. Muerte por Accidente de Circulación.....	16
5.3. Muerte por Infarto de Miocardio	16
5.4. Invalidez Permanente	17
5.5. Invalidez Permanente por Accidente de Circulación.....	21
5.6. Incapacidad Temporal por Accidente.....	21
5.7. Incapacidad Temporal por Enfermedad.....	22
5.8. Gastos de Asistencia Sanitaria por Accidente	23
5.9. Dieta Complementaria Hospitalización por Accidentes	25
5.10. Intervención Quirúrgica por Enfermedad	25
5.11. Dieta Complementaria de Hospitalización por Intervención Quirúrgica por Enfermedad	26
5.12. Cobertura Familiar.....	26
5.13. Asistencia en Viaje.....	27

ARTÍCULO 6. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALS 32

ARTÍCULO 7. ÁMBITO DE GARANTÍA 32

V. ASISTENCIA EN RECLAMACIÓN DE DAÑOS CORPORALES 33

VI. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS 38

I. Regulación Legal

Entidad Aseguradora y autoridad de control de su actividad

Zurich Insurance Public Limited Company, es una compañía aseguradora registrada en Irlanda, con número de compañía 13460, con domicilio en Zurich House, Ballsbridge Park, Dublin 4, Irlanda. Está supervisada y registrada por Central Bank of Ireland, y autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento a través de su sucursal Zurich Insurance plc, Sucursal en España.

Zurich Insurance plc, Sucursal en España, con NIF W0072130H, y con domicilio en Paseo de la Castellana, 81, planta 22, 28046 Madrid, está inscrita en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave E0189.

En aplicación del Art. 123 del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se informa que en caso de liquidación de la entidad aseguradora, no se aplicará la normativa española en materia de liquidación.

Legislación aplicable

- Ley 50/80 de Contrato de Seguro, de 8 de Octubre.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Ley 7/2004, de 29 de octubre, en lo relativo a la regulación del estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Cualquier otra norma que durante la vigencia de la póliza pueda ser aplicable.

Quejas y reclamaciones

El Grupo Zurich dispone de una dirección física para todos los consumidores y usuarios, situada en la Vía Augusta, 200, de Barcelona, donde pueden ser atendidos respecto a cualquier queja o reclamación que planteen sobre sus seguros y pensiones. También dispone del servicio telefónico gratuito de atención de quejas y reclamaciones 900 110 770 para los consumidores y usuarios del territorio español.

El Servicio para la Defensa del Cliente regulado en el citado Reglamento dictará resolución, dentro del plazo máximo señalado en este último, a partir de la presentación de la queja o reclamación. El reclamante podrá, a partir de la finalización de dicho plazo, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en su caso.

Cláusula de rescisión de contratación a distancia

En el caso de contratos celebrados mediante el uso exclusivo de técnicas de comunicación a distancia, el asegurado, cuando actúe con un propósito ajeno a su actividad empresarial o profesional, dispondrá de un plazo de catorce días naturales desde la celebración

para desistir del contrato a distancia, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, de conformidad con el Art. 10 de la Ley 22/2007 de comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores. Para el ejercicio de este derecho el asegurado deberá dirigir una comunicación a la Entidad aseguradora. La compañía se reserva el derecho de retener la parte de prima proporcional al tiempo de cobertura. No será de aplicación el derecho de Desistimiento para seguros obligatorios, pólizas de viaje o equipaje inferiores a un mes ni para aquellas cuyos efectos terminen antes del plazo de catorce días naturales.

Protección de datos personales

Responsable del tratamiento de los datos: Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Para personas físicas

Finalidades del tratamiento de los datos:

- **Con la finalidad de gestionar el contrato:** Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de Zurich Insurance plc, Sucursal en España, y de su matriz Zurich Insurance plc, la finalidad de los cuales es la celebración del contrato, la perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro, así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro y reaseguro, en su caso, y, por parte de la matriz, tratamientos relativos a la prevención del blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo.

Legitimación: La ejecución del contrato y de la normativa propia del seguro, principalmente, la Ley de Contrato de Seguro o la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y de la normativa de prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo.

- **Con la finalidad de prevenir el fraude:** Estos datos serán utilizados para la prevención del fraude.

Legitimación: Interés legítimo.

- **Con la finalidad de ajustar el precio:** A fin de poder ofrecerle el precio más ajustado a su perfil en la gestión previa a la suscripción del seguro, la Aseguradora podrá consultar el fichero Asnef, cuyo titular y responsable es Asnef-Equifax, Servicios de Información sobre la Solvencia y Crédito, S.L.

Legitimación: Interés legítimo basado en la regulación sobre los sistemas de información crediticia.

Asimismo, a menos que usted se haya opuesto, la Aseguradora podrá tratar sus datos:

- **Con la finalidad de enviarle comunicaciones comerciales por cualquier medio electrónico,** incluidos SMS, correo electrónico o medio de comunicación equivalente, para la oferta, promoción y contratación de bienes y servicios propios de la Entidad aseguradora y de servicios adicionales incluidos en el seguro contratado (como puede ser Manitas en casa, Asistencia informática, etc.).

- Con la **finalidad de enviarle comunicaciones comerciales en papel y mediante llamadas telefónicas**, tanto de productos propios como de seguros y pensiones del Grupo Asegurador, esto es, Zurich Vida u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, según se informa en www.zurich.es/rgpd.
- Con la **finalidad de elaborar o segmentar perfiles** tanto con los datos por usted facilitados como con datos derivados de la información resultante del uso y la gestión de los productos contratados.

Legitimación: Interés legítimo y derecho de oposición.

Usted puede oponerse a dichos tratamientos en cualquier momento.

Asimismo, si usted ha dado su consentimiento, la Aseguradora podrá tratar sus datos:

- Con la **finalidad de remitirle comunicaciones comerciales por cualquier medio electrónico**, incluidos SMS, correo electrónico o medio de comunicación equivalente, para la oferta, promoción y contratación de bienes y servicios de seguros o pensiones de otras entidades del Grupo, esto es Zurich Vida u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, según se informa en www.zurich.es/rgpd.
- Con la **finalidad de elaborar o segmentar perfiles con efectos comerciales** basándose en datos propios y de terceros (incluyendo compañías aseguradoras del Grupo).
- Con la **finalidad de comunicar sus datos y, en su caso, los perfiles obtenidos**, a las empresas del Grupo Zurich pertenecientes al sector asegurador y de pensiones para el envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio (electrónico y no electrónico) de sus propios productos y servicios.

Legitimación: Consentimiento expreso.

Para personas jurídicas

Finalidades y destinatarios del tratamiento de los datos:

- El Representante (persona física) del Tomador queda informado por la presente cláusula de que sus datos personales facilitados para ejecutar este contrato de seguro serán tratados por la Aseguradora con la finalidad de gestionar la relación contractual, y que la base legal de los citados tratamientos es el contrato del seguro.

Los datos personales recabados se conservarán mientras esté vigente dicho contrato de seguro. Una vez extinguida dicha relación, se mantendrán bloqueados durante los plazos de prescripción establecidos por la legislación aplicable.

Los destinatarios de los datos personales serán las Entidades del Grupo de la Aseguradora que por motivos de organización interna pudieran requerir de intervención o los proveedores que, en su caso, se hubieran contratado.

- En su caso, el Tomador garantiza a la Aseguradora, con respecto a cualquier otro dato personal que haya podido comunicarle en ejecución del contrato de seguro, que ha informado al Interesado (ya sea Asegurado, Beneficiario o cualquier otra figura), con carácter previo a dicha comunicación, del tratamiento de sus datos en los términos

previstos en la presente cláusula y que ha cumplido cualquier otro requisito que sea necesario para posibilitar la legítima comunicación de sus datos personales a la Aseguradora conforme a la normativa aplicable.

La base legal para los citados tratamientos es la ejecución del contrato y de la normativa propia del seguro, principalmente, la Ley de Contrato de Seguro o la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Los datos personales no serán comunicados a terceros, salvo, en su caso, para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en la normativa aplicable.

Asimismo, cuando corresponda, para estas otras figuras intervinientes en seguros en los que el Tomador sea una persona jurídica, la Aseguradora, si se activan los mecanismos pertinentes, podrá solicitarle su consentimiento o su no oposición en los mismos casos establecidos más arriba.

Destinatarios: Sus datos podrán ser comunicados a las autoridades a las que la Aseguradora tenga obligación legal de informar, incluyendo juzgados y tribunales, y fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, en caso de ser requerida a ello. Del mismo modo, en ejecución del contrato, sus datos personales podrán ser comunicados a entidades de reaseguro, coaseguro y demás participantes en la operativa propia del contrato, tales como reparadores, peritos y otros proveedores de servicios. Asimismo, también serán comunicados a entidades del Grupo o a terceras entidades, en caso de que usted hubiera consentido expresamente esa cesión o en caso de basarse en interés legítimo u obligaciones legales.

Derechos e Información adicional

Derechos: El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en «Información adicional».

Información adicional: Puede consultar la información adicional en www.zurich.es/rgpd.

Aplicación de orden público internacional

Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no podrá considerarse que el asegurador de cobertura realice pagos o preste algún servicio o beneficio a favor de cualquier asegurado o tercero mientras esa cobertura, pago, servicio o beneficio y/o cualquier otro negocio o actividad del asegurado pudiera contravenir legislaciones o regulaciones comerciales, de embargo comercial, o de sanciones económicas afectadas por un orden público internacional.

Asimismo, en el eventual caso de que la Aseguradora, con ocasión del cumplimiento de las formalidades previstas en dichas regulaciones, sobrepasara el plazo máximo previsto para el cumplimiento de determinadas obligaciones, éstas no devengarán intereses de demora.

II. ¿Cómo actuar en caso de siniestro?

Tiene Ud. en sus manos la póliza de Zurich-Accidentes que ha suscrito con nuestra Compañía.

¿Qué garantías le ofrece el seguro?

Dispone Ud. de un extracto-resumen en la página 10.

Consulte el contenido de las garantías redactadas en los artículos 2, 3, 4 y 5.

¿Cómo actuar en caso de siniestro?

Su póliza de Seguro tiene como finalidad ayudarle e indemnizarle económicamente en caso de siniestro.

Ocurrido un siniestro garantizado por esta póliza, le sugerimos siga estos consejos:

- Emplee todos los medios a su alcance para aminorar sus consecuencias.
- Lea detenidamente el apartado «Objeto y alcance del Seguro» de su póliza y compruebe que efectivamente el siniestro ocurrido está cubierto.
- Contacte con la Compañía o su Mediador y explique detalladamente el origen y las consecuencias del siniestro.
- Efectúe el parte de comunicación de siniestro a la Compañía en el plazo más breve posible, indicando con el mayor detalle los daños sufridos.
- Declare ante la Autoridad judicial o efectúe denuncia ante la Policía, según la clase de siniestro, indicando fecha y hora de ocurrencia, causas, circunstancias, objetos siniestrados y cuantía aproximada de los daños.

III. Resumen de garantías y límites máximos de indemnización sobre el capital asegurado

(Este extracto de garantías no pretende tener carácter exhaustivo y se expone a título informativo. Para una correcta descripción de las coberturas deben consultarse el contenido de estas Condiciones generales de garantías.)

Muerte por Accidente

- Anticipo de la cantidad necesaria para atender los gastos de sepelio 2.000,00 Euros.

Muerte por Accidente de Circulación

- Capital suplementario en caso de fallecimiento del asegurado por accidente de circulación.

Muerte por Infarto de Miocardio

Invalidez Permanente

- Según la opción elegida de indemnización

Invalidez Permanente por Accidente de Circulación

- Capital suplementario en caso de invalidez permanente del asegurado por accidente de circulación.

Incapacidad Temporal por Accidente

- Indemnización diaria por baja en caso de accidente, según opción elegida.

Incapacidad Temporal por Enfermedad

- Indemnización diaria por baja en caso de enfermedad, según opción elegida.

Gastos Asistencia Sanitaria por Accidente

- Libre elección de médico y centro hospitalario.
- Gastos de hospitalización y estancia en centro.
- Traslado urgente del lesionado al centro hospitalario más próximo.
- Desplazamientos durante procesos de curación, cuando deban ser asistidos en otras poblaciones.
- Cobertura de la primera prótesis ortopédica, dental auditiva u óptica.
- Búsqueda y salvamento del Asegurado.

- Adquisición de sillas de ruedas.
- Gastos de asistencia sanitaria hospitalización y estancia como consecuencia de infarto de miocardio.
- Operaciones de cirugía estética facial reparadora

Dieta Complementaria de Hospitalización por Accidente

Intervención Quirúrgica por Enfermedad

Dieta Complementaria de Hospitalización por Intervención Quirúrgica por Enfermedad

Cobertura Familiar

- Indemnización para el cónyuge e hijos menores de 18 años.

Asistencia en Viaje

Asistencia en Reclamación de Daños Corporales

IV. Condiciones generales de garantías

(Mod. 2/2.01.03.35 MAY2016)

Artículo 1. Definiciones

En este contrato se entiende por:

Accidente. La lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Carencia. El periodo de tiempo durante el cual no está en vigor la cobertura.

Dieta complementaria hospitalización. Es la cantidad máxima diaria a indemnizar en caso de hospitalización.

Gastos Asistencia Sanitaria por Accidentes. La asistencia médica, farmacéutica y hospitalización, que precise el Asegurado accidentado, hasta su total restablecimiento, de conformidad con lo establecido en el contrato.

Invalidez Permanente. La pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de accidente.

Invalidez Permanente Progresiva. Modalidad de aseguramiento para Invalidez permanente.

Incapacidad Temporal por Accidente. La lesión corporal que imposibilite transitoriamente de forma total o parcial al Asegurado el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Incapacidad Temporal por Enfermedad. La enfermedad que imposibilite transitoriamente de forma total al Asegurado el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Incapacidad Temporal Autónomos. Modalidad de aseguramiento para incapacidad temporal por accidente.

Intervención Quirúrgica por Enfermedad. La asistencia médica, farmacéutica y hospitalización, que precise el Asegurado con motivo de intervención quirúrgica por enfermedad.

Muerte. El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de accidente.

Artículo 2. Objeto y alcance del seguro

La Compañía garantiza en caso de accidente cubierto por el seguro, el pago al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario, de las indemnizaciones pactadas en el contrato de seguro.

Artículo 3. Accidentes no cubiertos

1. Los provocados intencionadamente por el Asegurado o por otra persona con su connivencia.
2. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en el artículo primero de este contrato.
3. Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros según su normativa propia, conforme se detalla en el artículo 6 del condicionado general del contrato de seguro.
4. Los ocurridos con ocasión de guerra, invasión, hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
5. Los que sean consecuencia de motines, tumultos populares, revoluciones y actos de terrorismo.
6. Los que sean consecuencia de fenómenos de la naturaleza, de carácter extraordinario, salvo que ocurran fuera de España.
7. Los que sean consecuencia de la reacción o radiación nuclear así como la contaminación radiactiva.
8. Los ocurridos practicando rugby; rafting; hidroespeed y similares; en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos; bosleigh; esgrima; así como la práctica de deportes realizada profesionalmente y el esquí de competición.
9. Los sufridos en la práctica de artes marciales, lucha o boxeo.
10. Los ocurridos practicando esquí, a personas aseguradas por pólizas de duración inferior a un año.
11. Los ocurridos practicando deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores, y similares).
12. Los producidos en actos notoriamente peligrosos o criminales cometidos por el asegurado, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.
13. Los ocurridos bajo los efectos de embriaguez alcohólica, de drogas, o estupefacientes no prescritos médicamente.
14. Las enfermedades de cualquier naturaleza, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivadas por un accidente, salvo para las coberturas que se contempla su inclusión en estas condiciones generales de garantías.
15. Las hernias que no sean consecuencia de esfuerzo, lumbalgias o hernias discales derivadas de cualquier etiología.
16. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

17. Los sufridos ocupando plaza como pasajero en aeronaves que no estén autorizadas para el transporte público de pasajeros.
18. Los ocurridos usando ciclomotores o motocicletas, para personas menores de 27 años, salvo indicación en contra en las Condiciones Particulares.
19. Los sobrevenidos al conducir vehículos a motor si el Asegurado carece del correspondiente permiso de conducción.
20. Los producidos en la travesía de glaciares y escaladas, alpinismo y espeleología.
21. Los ocurridos practicando inmersión con empleo de aparatos de respiración (queda cubierta la asfixia por inmersión sin empleo de aparatos), salvo indicación en contra en las Condiciones Particulares.
22. Los que sean declarados por el gobierno de la nación como «catástrofe o calamidad nacional».
23. El infarto de miocardio, salvo que se incluya expresamente en las Condiciones Particulares.
24. Accidente cardiovascular.
25. Los siniestros derivados de enfermedades o accidentes anteriores al efecto inicial de la póliza.
26. Los accidentes acontecidos a personas que sufran de miopía en grado superior a ocho dioptrías de un ojo y no lleven la corrección visual adecuada.

Asimismo no están comprendidos en el seguro los accidentes en viajes aéreos ocurridos: al personal de tripulación de aeronaves, tanto sean civiles como militares, a personas transportadas en aeronaves de propiedad particular, a alumnos en prácticas, a grupos de personas aseguradas bajo modalidad de colectivo y que viajen constantemente juntas, tales como: equipos deportivos, orquestas, compañías de espectáculos y similares.

Si el seguro se contrata para colectivos, se establece además un límite de 3.000.000,00 Euros por siniestro. En consecuencia, en caso de accidente en que las cantidades aseguradas para las personas afectadas rebasen los 3.000.000,00 Euros, la indemnización que corresponderá por cada víctima será la que resulte de repartir dicha cifra proporcionalmente a las cantidades aseguradas, computándose con el límite de 300.000,00 Euros los casos de personas en que el capital asegurado sea superior, en una o varias pólizas de seguro de accidentes, formalizadas con la Compañía. En caso de que sean varios los seguros formalizados para la misma persona y superen el repetido límite, se satisfará la cifra computada de 300.000,00 Euros, repartiéndola proporcionalmente a las cantidades que le correspondan de indemnización por cada póliza contratada.

Artículo 4. Personas no amparadas por la póliza

1. Personas invidentes, paralíticas y sordas, las que padezcan de epilepsia o de alguna patología mental, alcoholismo, toxicomanía, y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades, el asegurado deberá notificarlo a la compañía para valorar la continuidad del seguro y/o condiciones del mismo. En caso de no comunicación por parte del asegurado, el seguro se considera anulado desde ese momento, restituyendo la Compañía la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

2. En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por una enfermedad, preexistente o sobrevenida después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo, la Compañía responde sólo de las consecuencias que el accidente habría tenido, sin la intervención agravante de tal enfermedad.

En caso de discrepancia con la evaluación de tales casos se procederá conforme a lo establecido para la actividad pericial recogida en el art. 38 de la Ley de contrato de seguro.

En caso de impugnación por alguna de las partes de la evaluación efectuada, las partes acudirán a resolver sus diferencias por los medios establecidos para la Mediación Civil y Mercantil, conforme a la normativa reguladora de la misma.

3. Por lo que se refiere al caso de muerte, las personas de edad inferior a 14 años, pudiéndose asegurar exclusivamente un capital destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado del fallecido.
4. A la terminación del periodo de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, se extinguen automáticamente las garantías de la póliza para dicha persona. No obstante, la cobertura del riesgo puede ser prorrogada según condiciones especiales y de común acuerdo entre ambas partes.
5. Personas que se encuentren en situación de incapacidad laboral transitoria o invalidez provisional.

Artículo 5. Garantías

Dentro de los límites establecidos en las presentes condiciones, el seguro ampara, siempre que se haga constar expresamente en las condiciones particulares y/o cláusulas especiales, las coberturas siguientes:

5.1. MUERTE

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado, y ésta ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el Tomador del seguro.

En caso de que no exista designación de beneficiarios, la Compañía considerará como tales a los herederos legales de la víctima en el momento del accidente.

Los beneficiarios podrán disponer de inmediato de un anticipo de 6.000,00 Euros a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos derivados del fallecimiento.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.2. MUERTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Si a consecuencia de un accidente de circulación (como peatón, conductor, pasajero u ocupante, de un vehículo terrestre con o sin motor) cubierto por la póliza se produce el fallecimiento del asegurado, la Compañía indemnizará el capital suplementario establecido en las condiciones particulares.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.3. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Solamente cuando expresamente figure contratado en las condiciones particulares, serán considerados como accidentes cubiertos por la póliza las insuficiencias coronarias (infartos de miocardio, angina de pecho inestable y arritmias producidas por insuficiencias coronarias), cuando sean la única e inmediata causa de muerte y **siempre que el Asegurado desconozca la existencia de tales afecciones.**

Suma asegurada: Exclusivamente la indicada en Condiciones Particulares para esta garantía. **En ningún caso la cantidad indemnizable por esta garantía será acumulable a otras garantías de muerte.**

5.3.1. No quedan cubiertos por esta garantía:

- a) Las personas que hayan sufrido con anterioridad a la contratación de esta garantía las cardiopatías e insuficiencias coronarias especificadas en la misma.

5.4. INVALIDEZ PERMANENTE

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una invalidez permanente total o parcial, y la misma ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará a la persona asegurada en el plazo máximo de cinco días después de quedar determinada la invalidez, la indemnización que resulte según las siguientes normas:

5.4.1.

En el supuesto de invalidez permanente total, la indemnización a pagar por la Compañía se determinará en base al capital asegurado para este supuesto, y en función de la modalidad de aseguramiento pactada en las condiciones particulares.

Se entiende por invalidez permanente total, la pérdida (que se presume definitiva) de la capacidad funcional de la persona asegurada que de acuerdo con el baremo de esta garantía, alcance o sobrepase el porcentaje de 100.

Se considera que existe invalidez permanente y total en los siguientes supuestos:

- Pérdida o inutilización de ambos brazos o de ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o de ambos pies 100%
- Enajenación mental incurable de etiología traumática que excluya cualquier trabajo 100%
- Parálisis completa irreversible 100%
- Ceguera absoluta irreversible 100%

5.4.2.

En el supuesto de invalidez permanente parcial, el grado de invalidez que derive de secuelas irreversibles se determinará basándose en el baremo siguiente:

Lesión	Grado de invalidez
Pérdida completa de la visión de un ojo	30%
Reducción de la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total de fonación	30%
Pérdida o inutilización absoluta:	
– Del brazo o la mano derecha	60%
– Del brazo o la mano izquierda	50%

Lesión	Grado de invalidez
– Del dedo pulgar de la mano derecha	22%
– Del dedo pulgar de la mano izquierda	18%
– Del dedo índice de la mano derecha.	15%
– Del dedo índice de la mano izquierda	12%
– El tercer dedo de la mano derecha	10%
– El tercer dedo de la mano izquierda	9%
– De uno de los demás dedos de la mano derecha	7%
– De uno de los demás dedos de la mano izquierda	5%
– De una pierna por encima de la rodilla	50%
– De una pierna a la altura o por debajo de la rodilla.	40%
– De un pie a la altura o por debajo de tobillo.	30%
– Del dedo pulgar de cualquiera de los pies.	10%
– De uno de los demás dedos de cualquiera de los pies	5%

Si el Asegurado es zurdo, se invierte en lo pertinente, el anterior baremo.

Cuando la pérdida o inutilización es solamente parcial, el grado de invalidez se fija reduciendo las citadas tasaciones en la misma proporción. La indemnización total pagadera por varias pérdidas o inutilizaciones de miembros causadas por un mismo accidente, se calcula sumando los grados de invalidez correspondientes a cada una de las mismas, sin que la suma total de dicho grado de invalidez pueda exceder del 100%.

5.4.3. Modalidades de aseguramiento:

- **Invalidez Permanente Normal (total o parcial)**

La indemnización a pagar por la Compañía será el importe resultante de aplicar el porcentaje del grado de invalidez, según el tipo de lesión, sobre el capital pactado en las condiciones particulares.

- **Invalidez Permanente Progresiva (250% ó 400%)**

Cuando el grado de invalidez es igual o inferior al 25%, la indemnización a pagar por la Compañía, será el importe resultante de aplicar el porcentaje del grado de invalidez, según el tipo de lesión, sobre el capital pactado en las condiciones particulares.

Si dicho grado de invalidez fuera superior al 25%, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital pactado los porcentajes establecidos en la siguiente tabla, según la modalidad de aseguramiento que se haga constar en las condiciones particulares.

Grado de invalidez	Modalidad 250%	Modalidad 400%	Grado de invalidez	Modalidad 250%	Modalidad 400%
26	27	28	64	124	184
27	29	31	65	128	190
28	31	34	66	131	196
29	33	37	67	135	202
30	35	40	68	138	208
31	37	43	69	142	214
32	39	46	70	145	220
33	41	49	71	149	226
34	43	52	72	152	232
35	45	55	73	156	238
36	47	58	74	159	244
37	49	61	75	163	250
38	51	64	76	166	256
39	53	67	77	169	262
40	55	70	78	173	268
41	57	73	79	176	274
42	59	76	80	180	280
43	61	79	81	183	286
44	63	82	82	187	292
45	65	85	83	190	298
46	67	88	84	194	304
47	69	91	85	197	310
48	71	94	86	201	316
49	73	97	87	204	322
50	75	100	88	208	328
51	79	106	89	211	334
52	82	112	90	215	340
53	86	118	91	218	346
54	89	124	92	222	352
55	93	130	93	225	358
56	96	136	94	229	364
57	100	142	95	232	370
58	103	148	96	236	376
59	107	154	97	239	382
60	110	160	98	243	388
61	114	166	99	246	394
62	117	172	100	250	400
63	121	178			

5.4.4.

Las modalidades de aseguramiento invalidez permanente progresiva (250% ó 400%)

No se aplicarán a:

- Las personas mayores de 65 años, para las que será de aplicación el baremo establecido en el punto 5.4.2 de estas condiciones.
- La parte de la cantidad asegurada que exceda 60.000,00 Euros.
- Los seguros de duración inferior a un año.
- Las pólizas sin nominación de asegurados.
- A personas con órganos o miembros afectados por algún grado de invalidez con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

5.4.5.

En el supuesto de que la situación del Asegurado no esté contemplada en los baremos anteriores o la pérdida o inutilización sea solamente parcial, se usará para determinar el grado de invalidez permanente, el Real Decreto 23 de Diciembre de 1999. Número 1971/1999, (De procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de minusvalía) publicado en el B.O.E. 26 de Enero de 2000 o en su caso la norma legal que la sustituya.

El grado de invalidez que resulte a consecuencia de un accidente, no será aumentado por el hecho de que el Asegurado presentase con anterioridad al mismo, defectos corporales en miembros u órganos no afectados por el accidente.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad a éste un defecto físico o funcional, la persona asegurada tiene derecho a una indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. La Compañía notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Compañía en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo establecido por la Ley.

Si después de fijada la invalidez sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por la Compañía se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de muerte, que será pagada de acuerdo con lo establecido para esta garantía, en las Condiciones Particulares.

Suma Asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.5. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Si a consecuencia de un accidente de circulación (como peatón, conductor, pasajero u ocupante, de un vehículo terrestre con o sin motor) cubierto por la póliza se produce una invalidez permanente al Asegurado, la Compañía indemnizará el capital suplementario establecido en las Condiciones Particulares. Para esta garantía únicamente regirá el baremo del epígrafe 5.4.2 quedando expresamente sin efecto las modalidades de invalidez progresiva.

Suma Asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.6. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado período, dedicarse total o parcialmente a sus ocupaciones declaradas en las condiciones particulares, la Compañía satisfará al Asegurado la indemnización diaria pactada, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La indemnización se satisface a partir del día indicado en las condiciones particulares, en tanto dure el tratamiento médico requerido por el accidente y por un plazo máximo de dos años desde la fecha en que ocurrió aquél:
 - la indemnización diaria entera se paga mientras la persona asegurada esté completamente incapacitada para todas las ocupaciones declaradas en las condiciones particulares; o,
 - la parte proporcional de dicha indemnización mientras la incapacidad sea sólo parcial.
- b) Si el Asegurado no ejerce profesión alguna, la indemnización diaria entera sólo se indemnizará mientras no pueda abandonar sus habitaciones o domicilio.
- c) Esta indemnización se paga de una sola vez dentro de los quince días siguientes a la fecha en que la Compañía ha recibido el certificado de alta del médico o en la que expire el plazo de dos años anteriormente indicado, caso de no haber cesado antes el tratamiento médico.
- d) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su baja médica en el plazo máximo de 48 horas desde el momento en que ocurrió el siniestro.

5.6.1. Modalidad de Autónomos

De haberse suscrito esta modalidad de Incapacidad Temporal por Accidentes de Autónomos, la indemnización se satisface en tanto el Asegurado esté de baja laboral expedida por el organismo competente y por un plazo máximo de dos años desde la fecha en que se expidió la misma de la siguiente forma:

- 15 primeros días: 100% de la indemnización.
- Restantes días de cobertura: 50% de la indemnización.

En cualquier caso se establece una franquicia de 24 horas que correrá a cargo del Asegurado en caso de siniestro.

Suma Asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.7. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD

Si como consecuencia de enfermedad cubierta por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado periodo de tiempo, dedicarse totalmente a las ocupaciones declaradas en las Condiciones Particulares, la Compañía satisfará al Asegurado la indemnización pactada en las condiciones particulares, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La indemnización se satisface a partir del día indicado en las condiciones particulares, durante un plazo máximo de un año, y desde la fecha en que se comunicó la baja a la Compañía, salvo para los supuestos indicados en el punto b) siguiente. Del plazo del año indicado deberá deducirse, en todos los casos, el periodo de franquicia, que correrá a cargo del Asegurado en cada siniestro.
- b) El periodo de franquicia empezará a contar a partir de la fecha de comunicación de la baja a la Compañía, siempre y cuando, en el plazo de 72 horas siguiente de tomar efecto la misma le sea presentado el parte justificante de dicha baja a la Compañía. En caso de no presentarse el parte de baja en el tiempo indicado, el periodo de franquicia empezará a contar a partir de la fecha de presentación del parte de baja a la Compañía, con independencia de la fecha de ocurrencia del siniestro.
- c) La indemnización a satisfacer no podrá ser superior a los ingresos medios netos mensuales del Asegurado, obtenidos en el desarrollo de la ocupaciones profesionales indicadas en las condiciones particulares, durante los doce meses anteriores a la fecha de siniestro.
- d) Las fracciones de mes se liquidarán a razón de 1/30 de la indemnización mensual por el número de días que dure la invalidez temporal.
- e) El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su baja médica en el plazo máximo de 48 horas desde el momento en que ocurrió el siniestro.

5.7.1.

Además de lo indicado en el artículo 3º de estas condiciones, no quedan cubiertas en la presente garantía:

- a) Todas las enfermedades de origen anterior a la fecha de contratación del seguro, salvo que el Asegurado desconociera su existencia.
- b) Las neuropatías y psicopatías que no den síntomas objetivos de comprobación médica.
- c) Los tratamientos psiquiátricos de cualquier tipo, de psicosis, depresiones, stress y demás alteraciones de la conducta habitual del individuo.

- d) Las curas de sueño o de reposo.
- e) Las operaciones de cirugía estética.
- f) Los siniestros por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- g) Las hernias discales y lumbalgias.
- h) Los siniestros derivados de embarazo, partos, aborto, o afecciones ginecológicas por dichas causas.
- i) Las personas que no realicen una actividad profesional remunerada.
- j) Las personas con edad superior a 65 años.

5.7.2.

Para la presente cobertura se establece un periodo de carencia de seis meses, a contar desde la fecha de efecto de la misma.

De sufrir el Asegurado una invalidez cuya causa generadora esté directamente relacionada con un siniestro que haya ocasionado una invalidez temporal anterior, la presente cobertura sólo surtirá efecto cuando entre una y otra transcurra un periodo mínimo de seis meses.

5.7.3.

La cobertura se extingue, inclusive por lo que se refiere al abono de indemnizaciones, al término de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla 65 años.

En caso en que la jubilación o retirada profesional del Asegurado tenga lugar antes de los 65 años, la cobertura queda extinguida al término de la anualidad de seguro en que se produzca dicha jubilación o retirada profesional.

Suma Asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.8. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, precisase el Asegurado de asistencia sanitaria, la Compañía se hará cargo, durante el plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente, de todos los gastos que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares, y siempre que la asistencia sea prestada por medio de facultativos o centros sanitarios nombrados por la Compañía. En caso contrario la Compañía reembolsará todos los gastos de asistencia, conforme a las tarifas de accidentes de trabajo vigentes en el momento del accidente.

En ambos casos quedarán igualmente incluidos los gastos de hospitalización, si lo exigiere la índole de las lesiones.

5.8.1.

De acudir el Asegurado a facultativos o centros no comprendidos en el apartado anterior, el límite de indemnización por siniestro para el conjunto de las indemnizaciones establecidas será el indicado en las condiciones particulares, durante el plazo de 365 días contando desde la fecha del accidente.

En cualquiera de los casos señalados la Compañía siempre amparará los gastos por asistencias de carácter urgente o primeros auxilios.

5.8.2.

Quedan igualmente comprendidos, los gastos ocasionados por:

- a) El traslado urgente del lesionado desde el lugar del accidente al centro sanitario más próximo, excepto en los casos que estén amparados por la cobertura 5.13 Asistencia en Viaje.
- b) Los desplazamientos indispensables durante el proceso de curación, cuando las lesiones hayan de ser asistidas en población distinta a la de la residencia habitual del Asegurado.
- c) La adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva, u óptica que precise el Asegurado a consecuencia del accidente, sin exceder del 10% de la suma asegurada para gastos de asistencia sanitaria y hasta la cantidad de 300,00 Euros.
- d) La búsqueda y salvamento del Asegurado desaparecido como consecuencia de un accidente garantizado, hasta un máximo del 10% de la suma garantizada para invalidez permanente.
- e) Adquisición de sillas de ruedas hasta un máximo de 600,00 Euros.

5.8.3.

Igualmente quedan amparados por esta garantía:

- a) Los gastos de asistencia médico farmacéutica y hospitalización como consecuencia de infarto de miocardio (inclusive la estancia del Asegurado en U.V.I.), aunque dicho infarto no tenga la consideración de accidente, cubierto por esta póliza, hasta la cantidad máxima indicada para gastos de asistencia sanitaria por accidentes en las Condiciones Particulares con independencia del facultativo o centro que asista el Asegurado.

No quedan cubiertas por esta cobertura las personas con dolencias crónicas de corazón o que hayan sufrido intervenciones coronarias con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

- b) Los gastos de asistencia médico farmacéutica, honorarios profesionales, estancia y manutención originados por operaciones de cirugía estética facial reparadora con motivo de un accidente cubierto por la presente póliza, hasta el 10% de la suma indicada para gastos de asistencia sanitaria por accidentes en las Condiciones Particulares, con independencia del facultativo o centro que asista al Asegurado.

La operación podrá realizarse dentro del año siguiente del alta médica del Asegurado y siempre que se encuentre en vigor la póliza.

Los gastos de asistencia sanitaria amparados por la presente cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.9. DIETA COMPLEMENTARIA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTES

Siempre que se haya contratado la garantía de gastos de asistencia sanitaria por accidente, y se pacte expresamente en las condiciones particulares, la Compañía indemnizará, en caso de hospitalización o internamiento del Asegurado en un centro hospitalario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, una dieta diaria para atender los gastos suplementarios que se le originen al mismo, hasta la cantidad diaria pactada en las condiciones particulares, y durante un máximo de 90 días, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) En caso de hospitalización para someterse a intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 24 horas de estancia.
- b) En caso de internamiento por prescripción facultativa, sin necesitar intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 72 horas consecutivas de estancia.
- c) Será preciso aportar las facturas originales de los gastos suplementarios.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.10. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD

Si como consecuencia de enfermedad, precisase el Asegurado de intervención quirúrgica, la Compañía reembolsará los gastos de asistencia médico-farmacéutica y de hospitalización derivados de la intervención practicada, con el límite máximo del porcentaje, que según la clase de intervención corresponda, aplicado sobre la cantidad pactada para esta cobertura en las condiciones particulares.

Se establece un período de carencia de seis meses a contar desde la fecha de efecto de esta cobertura.

El baremo aplicable en función de cada tipo de intervención se recoge en la cláusula especial incluida en las condiciones particulares.

Cuando una intervención quirúrgica no aparezca clasificada en el citado baremo de intervenciones indicado en las Condiciones Particulares, se determinará a que intervención de las relacionadas se asimila, por tiempo y habilidad quirúrgica.

El Asegurado deberá aportar factura original correspondiente de los gastos habidos por la intervención quirúrgica sufrida.

5.10.1. No quedan cubiertos por esta garantía:

- a) Las personas de edad superior a 65 años.
- b) Los embarazos, partos y abortos y sus consecuencias.
- c) Intervenciones de cirugía estética, cosmética o dental, salvo en caso de accidente amparado por la póliza.
- d) Todas las enfermedades de origen anterior a la fecha de contratación del seguro, salvo que el asegurado desconociera su existencia.
- e) Cirugía de la esterilidad y métodos anticonceptivos (quirúrgicos o intrauterinos).

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.11. DIETA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD

Siempre que se haya contratado la garantía de Intervención Quirúrgica por Enfermedad, y se pacte expresamente en las condiciones particulares, la Compañía indemnizará, en caso de hospitalización o internamiento del Asegurado que comporte una intervención quirúrgica consiguiente, una dieta diaria para atender los gastos suplementarios que se le originen al mismo, hasta la cantidad diaria pactada en las condiciones particulares, y durante un máximo de 90 días, de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La dieta se abonará a partir de las 24 horas de estancia en clínica.
- b) Será preciso aportar las facturas originales de los gastos suplementarios.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.12. COBERTURA FAMILIAR

La presente cobertura se extiende exclusivamente al cónyuge del Asegurado y a los hijos que convivan con ellos, siempre y cuando se pacte expresamente en las condiciones particulares y sólo para las personas relacionadas en las mismas.

Esta cobertura se limita a los accidentes sufridos en la vida privada.

5.12.1.

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, se produce la muerte o una invalidez permanente total o parcial, y la misma ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará al beneficiario, en caso de fallecimiento, y a la persona asegurada en caso de invalidez, la indemnización pactada en las condiciones particulares.

En caso de invalidez permanente será de aplicación el baremo establecido en el artículo 5.4 de las presentes condiciones generales de garantías.

5.12.2.

Además de lo indicado en el artículo 3 de estas condiciones generales de garantías, no quedan cubiertos:

- a) Los accidentes desarrollando actividades profesionales.
- b) Los hijos mayores de 18 años.

Suma asegurada: Hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

5.13. ASISTENCIA EN VIAJE

5.13.1.

La Compañía garantiza el pago de las prestaciones que a continuación se indican, bajo las condiciones siguientes:

Se entenderá por:

Asegurado:

- La persona física, residente en España, titular de la póliza, y su cónyuge, así como
- Sus ascendientes, siempre que convivan en el mismo domicilio de aquellos
- Sus descendientes, en tanto convivan y dependan económicamente de él

No se modifica ni perjudica el derecho de los Asegurados, si estos viajasen por separado.

COBERTURAS

Riesgos a personas

Esta garantía es válida en España a partir de 30 Km del domicilio del Asegurado, y en el resto del mundo.

En caso de accidente, no se aplicará franquicia kilométrica alguna.

Comprende:

a) Repatriación o Transporte sanitario de heridos o enfermos

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, la compañía toma a su cargo el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, **hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual**, cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en un lugar cercano al domicilio, la Compañía se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado.

Medio de transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, ferrocarril o barco.
- Ambulancia

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, **el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.**

En ningún caso la Compañía sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de esos servicios.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al médico designado por la Compañía en cada caso, de acuerdo con el médico que trate al Asegurado y, si hay lugar a ello con su familia.

b) Repatriación o transporte de los miembros de la familia

Cuando el retorno de uno de los Asegurados se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado a) precedente, y ello impida al resto de los Asegurados continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hace cargo del transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

Si los familiares de los que se trata en esta garantía fueran menores de 15 años o mayores de 70 y no contaran con un acompañante en el viaje, la Compañía organizara y tomará a cargo un acompañante hasta el domicilio o hasta el centro hospitalario.

c) Regreso anticipado

Si cualquiera de los Asegurados en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, la Compañía le hará entrega de un billete de ferrocarril (**primera clase**) o avión (**clase turista**), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido; y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento; o dos billetes hasta su domicilio habitual **siempre que el acompañante tenga la condición de asegurado.**

d) Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado

Si el estado del Asegurado enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre, **debe exceder de cinco días**, la Compañía toma a su cargo:

Un billete de ida y vuelta de ferrocarril (**primera clase**) o avión (**clase turista**), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que este designe, acudir al

lado del hospitalizado. De producirse la hospitalización en el extranjero, la Compañía abona además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de esta persona **hasta 60,00 Euros por día sin que el total pueda exceder de 600,00 Euros.**

e) Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, la Compañía organiza y se hace cargo del transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañaran y tuvieran la condición de asegurados siempre y cuando no pudieran realizar la vuelta por los medios previstos.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, **hasta un límite de 300,00 Euros.**

En cualquier caso, el costo del ataúd y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de la Compañía.

f) Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero

Mediante esta garantía la Compañía tomará a su cargo los gastos que le sean originados a cada Asegurado fuera de España a consecuencia de un accidente o de una enfermedad de carácter imprevisible, ocurrida durante el viaje y dentro del periodo de validez de esta cobertura hasta un límite de 3.000,00 Euros.

En todo caso, los gastos de odontólogo se limitan a 60,00 Euros.

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementarios de otras percepciones a las que tenga derecho, tanto el Asegurado como sus causahabientes, bien sea por prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión al que estuvieran afiliados.

Por consiguiente, el Asegurado se compromete a hacer las gestiones necesarias para cobrar los gastos de estos organismos y a resarcir a la Compañía de cualquier cantidad que éste haya anticipado.

g) Inmovilización en hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, de acuerdo con el médico designado por la compañía, ésta se hará cargo de los gastos debidos a la **prórroga de estancia en el hotel hasta una cantidad de 60,00 Euros diarios y con un total máximo de 600,00 Euros.**

h) Ayuda a la localización y envío de equipajes

En caso de demora o pérdida de equipaje, la compañía prestará su colaboración en la demanda y gestión de búsqueda, localización y expedición hasta su domicilio.

i) Anticipo de fianzas, gastos de defensa, y anticipo de efectivo por accidente, robo o enfermedad en el extranjero

Para las causas señaladas a continuación y exclusivamente de producirse el hecho fuera del territorio español, la Compañía efectuará anticipos de efectivo de acuerdo con los términos previstos seguidamente:

- Anticipo de fianza judicial si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, se le exigiere el Asegurado una fianza penal, por parte de las autoridades del país en que se haya producido el mismo, la Compañía anticipará la cantidad correspondiente hasta un límite de 4.500,00 Euros.
- Anticipo gastos de defensa si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, el Asegurado tuviera necesidad de contratar su defensa legal, la Compañía adelantará los gastos que la misma comporte, hasta un límite de 1.500,00 Euros.
- Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave. Si el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza , robo de sus pertenencias o enfermedad grave, la Compañía anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 1.500,00 Euros.

Con objeto de garantizar el importe anticipado, **la Compañía se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.**

El Asegurado se compromete a devolver el importe anticipado por la Compañía dentro de los dos meses siguientes a la fecha de anticipo.

j) Búsqueda de Profesional Jurídico

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza ocurrido en el extranjero, precisara el Asegurado de la contratación de un Abogado o Procurador para defender sus intereses legales, la compañía se compromete a efectuar la búsqueda y poner a disposición del mismo, a la mayor brevedad posible, al profesional correspondiente.

Los honorarios del Abogado o Procurador serán a cargo del Asegurado.

k) Intérprete en caso de accidente o enfermedad

La Compañía tomará a cargo los gastos de intérprete en el extranjero con un tope de 300,00 Euros para la gestión y tramitación de un siniestro cubierto por la póliza.

l) Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes del Asegurado derivados de algún siniestro cubierto por esta póliza.

m) Servicio de información Jurídica

En caso de fallecimiento amparado por la póliza, la Compañía pone a disposición del Asegurado un equipo de abogados para cualquier información relacionada con el derecho de sucesiones.

5.13.2. No quedan cubiertos en la cobertura de riesgos a las personas

- Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.
- Las enfermedades mentales y los estados patológicos conocidos por el Asegurado, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.
- Los embarazos. No obstante, hasta el 6º mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.
- Los gastos relativos a una enfermedad crónica; los de prótesis de cualquier tipo, las curas termales y gastos de odontólogo.
- Cualquier tipo de gastos médico inferior a 30,00 Euros.
- La participación en competiciones deportivas y el rescate de personas en montaña, mar o desierto.

CONDICIONES ADICIONALES

- a) Será de aplicación a estas garantías complementarias, las Condiciones generales de garantías de la Póliza, en tanto no se opongan a lo establecido en el presente artículo. En todo caso, la Compañía no es responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.
- b) Respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, la compañía solo se hará cargo del exceso sobre los costes previstos por ellas normalmente (billetes de tren, avión, travesías marítimas, peajes, carburantes para el vehículo, etc.)
- c) Será condición indispensable para que la Compañía asuma sus obligaciones, que la misma sea inmediatamente avisada de las contingencias aseguradas y haya prestado su conformidad. El reembolso de gastos lo hará contra los documentos justificativos (facturas, recibos o análogos) y dentro de los límites convenidos, reservándose el derecho a exigir a los Asegurados la devolución de los billetes o pasaje no utilizados.
- d) La Compañía queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder a las personas aseguradas, contra cualquier tercero responsable, hasta el límite del costo a su cargo en el respectivo siniestro.

Artículo 6. Revalorización automática de capitales

El Tomador podrá pactar en las Condiciones Particulares que los capitales asegurados por la presente póliza serán modificados automáticamente al vencimiento de cada prima anual en función del incremento que experimente el índice oficial de precios al consumo.

El índice de revalorización de capitales a aplicar para cada año natural será el correspondiente al último índice de precios al consumo interanual publicado por el Instituto Nacional de Estadística a fecha de 31 de Octubre del año anterior.

El porcentaje a aplicar como índice de revalorización automática no será inferior al 3%

La revalorización automática no será aplicable a las garantías: Cobertura familiar, Asistencia en Viaje y Asistencia en reclamación de daños, así como a las coberturas que tengan expresamente fijadas un sublímite de indemnización, ni a las franquicias.

A la prórroga de la presente cláusula de revalorización automática de capitales podrán oponerse las partes mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la terminación del seguro en curso.

Artículo 7. Ámbito de garantía

La garantía de la póliza se extiende a todo el mundo, en el ámbito de cobertura y desarrollando las actividades indicadas en las Condiciones Particulares.

V. Asistencia en reclamación de daños

Son de aplicación a ésta garantía de Asistencia en Reclamación de Daños, las Condiciones que se especifican a continuación:

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

Son Asegurados:

- El Tomador del Seguro.
- Su cónyuge o, en su caso, la persona que como tal viva permanentemente en el domicilio legal del Tomador.
- Ascendientes de ambos que convivan en el domicilio del Tomador.
- Sus hijos solteros, que convivan con el Tomador:
 - a) menores de edad,
 - b) mayores de edad, siempre que no ejerzan actividad retribuida.
 - c) los legalmente incapacitados o que lo fueran notoriamente para procurar su sustento.
- Personas que convivan con el Tomador, dependan económicamente del mismo y no tengan otro domicilio legal

El Tomador del seguro podrá oponerse a la prestación de los servicios o coberturas de la póliza a los demás Asegurados.

ARTÍCULO 2. OBJETO Y ALCANCE DE LA GARANTÍA

La Compañía se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a hacerse cargo de los gastos en que pueda incurrir el Asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento administrativo, judicial o arbitral, y a prestarle los servicios de asistencia jurídica judicial y extrajudicial derivados de la cobertura del seguro.

La Compañía asumirá los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del Asegurado.

La Compañía asumirá los gastos siguientes:

- a) Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
- b) Los honorarios y gastos de abogado.
- c) Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
- d) Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado.

- e) Los honorarios y gastos de peritos necesarios.
- f) La constitución, en los procesos penales amparados por la póliza, de las fianzas exigidas al Asegurado para:
 1. Obtener su libertad provisional.
 2. Avalar su presentación al acto del juicio.
 3. Responder de pago de las costas judiciales, **con exclusión de indemnizaciones y multas.**

ARTÍCULO 3. EXTENSIÓN TERRITORIAL

Quedan garantizados los eventos ocurridos en España así como los ocurridos en Europa que sean competencia de juzgados y tribunales españoles.

ARTÍCULO 4. GARANTÍAS CUBIERTAS

4.1. Reclamación de daños

Esta garantía comprende la reclamación a los terceros responsables, de las indemnizaciones que correspondan al Asegurado o a sus derechohabientes, por accidentes que produzcan daños corporales al Asegurado, **cuando esta cobertura de reclamación no esté garantizada por otra póliza suscrita por el Asegurado.**

Quedan igualmente comprendidas las reclamaciones en litigios con el Instituto Nacional de la Seguridad Social de los derechos derivados de la pensión de invalidez del Asegurado o de viudedad a que tenga derecho su cónyuge superviviente como consecuencia de accidente sufrido por el Asegurado.

Cuando como consecuencia de un accidente que produzca daños corporales al Asegurado, se solicite la prestación de un servicio a un tercero, se garantiza también la reclamación de daños y perjuicios que ocasione el incumplimiento o el defectuoso cumplimiento del servicio solicitado.

4.2. Asistencia Jurídica Telefónica

La Compañía pondrá a disposición del asegurado un abogado para que le informe telefónicamente, en prevención de posibles litigios, sobre el alcance de los derechos que le asistan y la mejor forma de defenderlos, en relación con ésta garantía de asistencia en reclamación de daños.

Esta información jurídica se prestará a través del número de teléfono de Servicios Zurich-Accidentes.

ARTÍCULO 5. INDEMNIZACIONES Y SINIESTROS NO CUBIERTOS

No quedan cubiertos por ésta garantía:

- a) Las indemnizaciones y sus intereses, así como las multas o sanciones que pudieren imponerse al Asegurado.
- b) Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal, dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los Organismos oficiales.
- c) Los gastos que procedan de una acumulación o reconvención judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.
- d) Los hechos derivados de la participación del asegurado en competiciones o pruebas deportivas realizadas con carácter profesional.
- e) Cualquier clase de actuaciones que deriven en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, alteraciones genéticas, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas disturbios y actos terroristas.
- f) Los litigios que se deriven de guerras, actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad, motines, tumultos populares y revoluciones.
- g) Los litigios que se deriven o tengan su origen en huelgas, conflictos colectivos de trabajo o regulaciones de empleo.
- h) Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en los que concurra dolo o culpa grave por parte de éste, según sentencia judicial firme.
- i) Los siniestros relacionados con el uso de vehículos a motor y sus remolques.
- j) Los hechos cuyo origen o primera manifestación se haya producido antes de la fecha de efecto de la póliza y aquellos que se declaren después de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o extinción de este contrato.

ARTÍCULO 6. SUMA ASEGURADA

Hasta el 100% del capital indicado para ésta garantía en las condiciones particulares. **Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.**

ARTÍCULO 7. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

7.1. Definición del siniestro

A los efectos de la presente garantía, se entiende por siniestro todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión a los intereses del Asegurado o modifique su situación jurídica.

En las infracciones penales se considerará producido el siniestro asegurado, en el momento en que se haya realizado o se pretende que se ha realizado el hecho punible.

En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, se producirá el siniestro, en el momento mismo en que el daño ha sido causado.

En los litigios sobre materia contractual se considerará producido el siniestro en el momento en que el Asegurado, el contrario o tercero iniciaron o se pretende que iniciaron, la infracción de las normas contractuales.

En las cuestiones de derecho fiscal se entenderá producido el siniestro en el momento de la declaración del impuesto o, en su caso, en las fechas en que debía haberse efectuado.

7.2. Carencia y mínimo litigioso

El plazo de carencia es el tiempo en que con posterioridad a la fecha del efecto de la póliza, si se produce un siniestro no está garantizado.

En los supuestos relativos a materia contractual el plazo de carencia será de tres meses a contar de la fecha en que entró en vigor el seguro.

No se garantizan los gastos de Defensa Jurídica en Reclamaciones Judiciales inferiores a 300,00 euros.

7.3. Procedimiento en caso de siniestro

El Asegurado comunicará a través del número de teléfono de Servicios Zurich-Accidentes.

Aceptado el siniestro, la Compañía realizará las gestiones para obtener un arreglo transaccional que reconozca las pretensiones o derechos del Asegurado.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptado por el Asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y no sea temeraria su pretensión.

En este supuesto la Compañía informará al Asegurado de su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio.

En los demás supuestos, aceptado el siniestro, se procederá a la prestación del servicio de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del hecho.

7.4. Disconformidad en la tramitación del siniestro

Cuando la Compañía, por considerar que no existen posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con la Compañía, cuando, por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

7.5. Elección de abogado y procurador

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento.

Antes de proceder a su nombramiento, el Asegurado comunicará a la Compañía el nombre del abogado y procurador elegidos. La Compañía podrá recusar justificadamente al profesional designado.

En el caso de que el abogado o procurador elegido por el Asegurado no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento, serán a cargo del Asegurado los gastos y honorarios por los desplazamientos que el profesional incluya en su minuta.

Los profesionales elegidos por el Asegurado, gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados, sin depender de las instrucciones de la Compañía, la cual no responde de la actuación de tales profesionales ni del resultado del asunto o procedimiento. No obstante, los profesionales mencionados deberán informar a la Compañía respecto a la evolución de sus actuaciones en el asunto de litigio.

Cuando deban intervenir con carácter urgente abogado o procurador antes de la comunicación del siniestro, la Compañía satisfará igualmente los honorarios y gastos derivados de su actuación.

7.6. Pago de honorarios

La Compañía satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del Asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía Española, y de no existir estas normas se estará a lo dispuesto por las de los respectivos colegios.

Las normas orientativas de honorarios de los colegios de abogados correspondientes serán consideradas como límite máximo de la obligación de la Compañía. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

Los derechos del procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

7.7. Transacciones

El Asegurado puede transigir los asuntos en trámite, pero si por ello produce obligaciones o pagos a cargo de la Compañía, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

VI. Consorcio de Compensación de Seguros

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

DAÑOS A LAS 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 y que afecten a riesgos en ella situados, 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, las erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros,

mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

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.conorseguros.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.

Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Paseo de la Castellana, 81, planta 22
28046 Madrid

Entidad inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 36766,
folio 1, hoja M 658706. Con dirección y domicilio social en
Paseo de la Castellana, 81, planta 22, 28046 Madrid.

NIF: W0072130H

www.zurich.es

 @zurichseguros

 ZurichSegurosES

ZURICH®  ZURICH® 

Las marcas comerciales que aparecen están registradas
a nombre de Zurich Insurance Company Ltd en muchas
jurisdicciones de todo el mundo.