

Integral de Accidentes

Condiciones generales

 **METROPOLIS**
SEGUROS

La Solvencia en el Seguro





CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

ÍNDICE

	Pág.		Pág.
PREÁMBULO	3	ART. 20. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	13
		ART. 21. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO	14
CAPÍTULO I		PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO	
ART. PRELIMINAR. DEFINICIONES	3	ART. 22.	14
ART. 1. OBJETO DEL SEGURO	3		
ART. 2. PERSONAS NO ASEGURABLES	4	PAGO DE LA PRIMA	
ART. 3. EXCLUSIONES	4	ART. 23.	14
CAPÍTULO II. GARANTÍAS BÁSICAS		SINIESTROS - TRAMITACIÓN	
ART. 4. FALLECIMIENTO	6	ART. 24.	15
ART. 5. INVALIDEZ PERMANENTE	6	SINIESTROS - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	
ART. 6. RIESGOS EXTRAORDINARIOS	8	ART. 25.	16
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	8	PRESCRIPCIÓN	
CAPÍTULO III. GARANTÍAS OPCIONALES		ART. 26.	16
ART. 7. INVALIDEZ PROGRESIVA	10	SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES	
ART. 8. CAPITAL ADICIONAL POR FALLECIMIENTO Y/O INVALIDEZ A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	11	ART. 27. ARBITRAJE	16
ART. 9. INVALIDEZ TEMPORAL	11	ART. 28. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN	16
ART. 10. ASISTENCIA MÉDICO - FARMACÉUTICA	11	COMUNICACIONES	
ART. 11. CIRUGÍA ESTÉTICA	12	ART. 29.	16
ART. 12. FALLECIMIENTO POR INFARTO DE MIOCARDIO Y/O DERRAME CEREBRAL	12	CLÁUSULAS	
ART. 13. RENTA MENSUAL	12	CLÁUSULA 1. REVALORIZACIÓN DE CAPITALES	16
ART. 14. SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN	12	PROTECCIÓN DEL ASEGURADO	17
ART. 15. DOBLE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE EN EL MISMO ACCIDENTE	12	PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	17
CAPÍTULO IV			
BASES DEL CONTRATO			
ART. 16.	13		
ART. 17. ÁMBITO DE COBERTURA	13		
DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO			
ART. 18. AL EFECTUAR EL SEGURO	13		
ART. 19. DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO	13		

MODELO COMERCIAL



PREÁMBULO

El presente contrato se encuentra sometido a la legislación española sobre Contrato de Seguro por Ley 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), con las modificaciones introducidas por la Ley 21/1990 de 19 de diciembre, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 26/2006 de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato.

CAPÍTULO I

ART. PRELIMINAR.- DEFINICIONES

ASEGURADOR: METROPOLIS, S.A., Compañía Nacional de Seguros y Reaseguros, denominada la Compañía en estas Condiciones Generales.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica, que juntamente con la Compañía, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ASEGURADO: La persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro.

BENEFICIARIO: La persona física o jurídica, que, previa cesión por el Asegurado, resulta titular del derecho a la indemnización.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales, si procedieren, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA: El precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

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

CAPITAL BÁSICO ASEGURADO: Cantidad fijada en las Condiciones Particulares para cada garantía y que sirve de módulo exclusivo para la determinación de las indemnizaciones que en cada caso puedan corresponder.

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias dañosas estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de esta Póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños derivados de una misma causa.

ÍNDICE: Las garantías y primas podrán ser actualizadas paralelamente a la evolución del coste de la vida en función del ÍNDICE GENERAL DE PRECIOS AL CONSUMO

publicado por I.N.E. de acuerdo con las Condiciones Particulares.

PLAZO DE CARENCIA: El tiempo en que, vigente el seguro, si se produce un siniestro no será indemnizado.

ART. 1º.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites establecidos en la Póliza, la Compañía asume la cobertura de las garantías indicadas a continuación, en la medida en que se haga mención expresa de ello en las Condiciones Particulares.

- Fallecimiento por Accidente.
- Invalidez Permanente en sus grados de absoluta y parcial.
- Invalidez Progresiva.
- Capital adicional por fallecimiento a consecuencia de accidente de circulación.
- Capital adicional por invalidez permanente absoluta a consecuencia de accidente de circulación.
- Invalidez Temporal.
- Asistencia Médico-Farmacéutica.
- Cirugía estética por accidente.
- Fallecimiento por infarto de miocardio y/o derrame cerebral.
- Renta Mensual por fallecimiento.
- Indemnización diaria por hospitalización.
- Doble indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado y su cónyuge en el mismo accidente.

Estas garantías se otorgan sin perjuicio de las exclusiones generales definidas en el artículo 3º y de las exclusiones específicas de cada cobertura.

La responsabilidad de la Compañía respecto de cada una de las garantías contratadas, no podrá exceder en ningún caso de los respectivos capitales básicos ase-



gurados determinados en las Condiciones particulares. También se consideran Accidentes:

1. Las lesiones producidas por: la inhalación fortuita o involuntaria de gases o vapores; por la ingestión por error o acto criminal de terceros de productos tóxicos o corrosivos.
2. Las infecciones originadas a consecuencia de mordeduras, picaduras o de cualquier lesión accidental asegurada.
3. Las lesiones sufridas en acciones de legítima defensa, así como los realizados por deber de solidaridad humana.
4. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica si son como consecuencia, causa desencadenante o concurrente de un accidente cubierto

Las consecuencias de accidentes considerados como catastróficos se garantizan por el Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con la Cláusula de Cobertura de riesgos extraordinarios.

ART. 2º.- PERSONAS NO ASEGURABLES

No son asegurables:

Para ninguna garantía: las personas incapacitadas y las personas con más de 65 años al momento de la suscripción del contrato. Asimismo tampoco son asegurables para la garantía de fallecimiento los menores de 14 años.

De cualquier forma el contrato finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

Las personas que ejercen profesiones notoriamente peligrosas, salvo pacto expreso.

Asimismo, este seguro no se podrá contratar a personas que padecen una invalidez grave (ceguera, parálisis, etc.) o ENFERMEDADES GRAVES Y PERMANENTES (apoplejía, arteriosclerosis, osteoporosis, epilepsia, enfermedades graves del cerebro, tipo nervioso o espina dorsal, etc.). Personas que poseen hábitos adquiridos, tales como las manifestaciones alcohólicas, drogadictos u otros que puedan producir perjuicios graves a la salud.

De sobrevenir al Asegurado alguna de estas circunstancias en el curso del Seguro, será de aplicación lo previsto en el Capítulo IV "Declaraciones sobre el riesgo" de estas Condiciones Generales.

ART. 3º.- EXCLUSIONES

No se considerarán accidentes los siguientes hechos, salvo que sean consecuencia de un accidente garantizado:

- a) Las enfermedades o lesiones de cualquier naturaleza que pueda sufrir el Asegurado, incluso el infarto o el derrame cerebral, salvo pacto en contrario que se expresará en las Condiciones Particulares.
- b) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas y tratamientos médicos.
- c) En caso de agravarse las consecuencias de un accidente por una enfermedad o estado morboso preexistente o sobrevenido después de ocurrido aquél, por causas independientes del mismo, la Compañía, responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera probablemente tenido sin la intervención agravante de la enfermedad o estado morboso.

3.1. En general para todas las garantías contratadas, no son objeto de cobertura:

- a) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- b) Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia, así como las derivadas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los trescientos sesenta y cinco días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.
- c) Los accidentes sobrevenidos en actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado, o en apuestas y desafíos, o por riñas y actos notoriamente peligrosos cometidos por el Asegurado, salvo que se realicen en legítima defensa o estado de necesidad.
- d) Los daños que pueda sufrir el Asegurado con ocasión de guerra civil o internacional, rebelión, sedición, motín o tumulto popular, erupciones volcánicas, inundaciones y demás causas de naturaleza extraordinaria.
- e) Las lesiones provocadas por sustancias radiactivas o nucleares.
- f) Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza que no sean consecuencia directa o inmediata de un traumatismo.



- g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta, o bajo los efectos de estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior a 0,50 gramos por 1000 centímetros cúbicos.
- h) Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.
- i) Los daños derivados de la práctica por el Asegurado como profesional de cualquier deporte.
- j) Utilización de cualquier medio de navegación aérea, salvo que se produzcan como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "chárter", y en general en aeronaves autorizadas para el transporte público de personas.
- k) Las infecciones de cualquier tipo, salvo la penetración del virus en el cuerpo que venga dada por una lesión producida por un accidente cubierto en la Póliza y exceptuando en todo caso las enfermedades tropicales producidas por picaduras de insectos.

- l) Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aun cuando éste no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para este Organismo

3.2. Igualmente no quedan garantizados, salvo pacto en contrario y abono de la correspondiente sobreprima:

- a) Los accidentes derivados de la práctica como aficionado de los siguientes deportes: carreras y concursos de equitación, esquí en competición, escalada, travesía de glaciares y paso de montaña con cordada, espeleología, inmersión submarina con aparatos de ayuda respiratoria, deportes aéreos, lucha, boxeo y artes marciales, carreras de velocidad, regularidad o resistencia utilizando cualquier tipo de vehículo autopropulsado, uso como propietario, patrón o tripulante de barcos de vela o motor a más de dos millas de la costa.
- b) El uso como conductor de motocicletas de cilindrada superior a 100 c.c.

MODELO COLSISA



CAPÍTULO II. GARANTÍAS BÁSICAS

ART. 4º.- FALLECIMIENTO

Fallecimiento del asegurado, ocurrido al tiempo del accidente o que sobrevenga dentro de un año a contar desde las 24 horas del día de la fecha del accidente, por evolución de las lesiones sufridas. Corresponde en este caso a los Beneficiarios demostrar la relación causa-efecto entre el accidente y el fallecimiento.

En este caso la Compañía pagará a los Beneficiarios el capital básico asegurado, indicado en las condiciones Particulares.

El Beneficiario podrá solicitar de la Compañía un anticipo, hasta el 25 por 100 de la suma asegurada o de la indemnización inicial en su caso, siempre que el importe del mismo se destine a cubrir gastos urgentes derivados del fallecimiento del Asegurado (sepelio, impuestos, etc). En ningún caso el anticipo podrá ser superior a 6.000 €.

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.

ART. 5º.- INVALIDEZ PERMANENTE

En sus grados de absoluta o parcial, por las pérdidas anatómicas y/o funcionales definitivas irreversibles a consecuencia del traumatismo, ocurridas al tiempo del accidente o que sobrevengan dentro de un año a contar desde las 24 horas del día de la fecha del accidente, por evolución de las lesiones sufridas. Corresponde en este caso al Asegurado demostrar la relación causa-efecto entre el accidente y las lesiones del mismo.

En este caso la Compañía pagará por:

5.1 Invalidez Permanente Absoluta

El capital básico asegurado para Invalidez cuando el Asegurado sufra:

- Enajenación mental completa e incurable.
- Ceguera de ambos ojos, total e incurable.
- La pérdida anatómica de ambas manos o de ambos pies, o la pérdida de una mano y un pie.
- Cualquier otra lesión consecutiva del traumatismo, determinante de la total **ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier relación o actividad profesional.**

La indemnización podrá transformarse en el 225% o en el 350% del capital básico asegurado, en función de la Modalidad de Invalidez pactada en las Condiciones Particulares y de conformidad con lo indicado en el artículo 6.

5.2 Invalidez Permanente Parcial

Por cualquier otra invalidez no comprendida en el punto 5.1 se abonará al Asegurado la parte proporcional del capital básico asegurado para Invalidez Permanente, de acuerdo con el Baremo siguiente:

Pérdida o inutilización absoluta:

	Derecho	Izquierdo
· Del brazo o de la mano.....	70%	60%
· Del movimiento del hombro.....	30%	20%
· Del movimiento del codo.....	20%	15%
· Del movimiento de la muñeca.....	20%	15%
· Del pulgar y del índice.....	40%	30%
· De tres dedos que no sean pulgar o índice.....	25%	20%
· De tres dedos, incluido pulgar o índice.....	35%	30%
· Del pulgar y otros que no sea el índice.....	30%	25%
· Del índice y otros que no sea el pulgar.....	25%	20%
· Del pulgar sólo.....	22%	18%
· Del índice sólo.....	15%	12%
· Del medio, anular o meñique.....	10%	8%
· De dos de estos últimos dedos.....	15%	12%
· De una pierna o amputación por encima de la rodilla.....	50%	
· Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos.....	40%	
· Pérdida total de la fonación.....	25%	
· Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular.....	30%	
· Fractura no consolidada de una pierna o de un pie.....	40%	
· Fractura no consolidada de una rótula.....	20%	
· Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla.....	20%	
· Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior.....	15%	
· Sordera completa de un oído.....	10%	
· Sordera completa de ambos oídos.....	40%	
· Pérdida del dedo pulgar de un pie.....	10%	
· Pérdida de otro dedo del pie.....	5%	



Los tipos de invalidez no especificadas expresamente se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

GASTOS DE PRÓTESIS ORTOPÉDICAS

En caso de que la Invalidez Permanente deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, la Compañía pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del 5% del capital básico asegurado para caso de Invalidez y hasta la **cantidad máxima de 1.800 €**.

LIMITACIONES PARA ESTA GARANTÍA

- Cuando el Asegurado resulte con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será igual a la suma de los respectivos porcentajes, con el límite del capital fijado para esta garantía, sin que en ningún caso, la suma de indemnizaciones por pérdidas parciales de un miembro pueda ser superior a la que correspondería por pérdida total o funcional del mismo.

- Si con anterioridad al accidente, el Asegurado presentaba ya alguna pérdida anatómica o funcional, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- Si en el cuestionario de seguro constase que el Asegurado es zurdo, o se puede probar posteriormente, se invertirán los porcentajes previstos en el baremo para los miembros superiores.

MODELO COMERCIAL



ART. 6º.- RIESGOS 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas,

tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas



como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la

diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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

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

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

MODELO CCS



CAPÍTULO III. GARANTÍAS OPCIONALES

ART. 7º.- INVALIDEZ PROGRESIVA

Si el Seguro se concierta por el sistema de Tasas Progresivas de Invalidez, en cualquiera de sus Modalidades B o C el porcentaje de Invalidez fijado en el Baremo Básico se transforma en el que resulte de la siguiente tabla de equivalencias:

Grado de invalidez %	MOD.B	MOD.C	Grado de invalidez %	MOD.B	MOD.C	Grado de invalidez %	MOD.B	MOD.C
1 a 25	Sin Variación							
26	27	28	51	78	105	76	153	230
27	29	31	52	81	110	77	156	235
28	31	34	53	84	115	78	159	240
29	33	37	54	87	120	79	162	245
30	35	40	55	90	125	80	165	250
31	37	43	56	93	130	81	168	255
32	39	46	57	96	135	82	171	260
33	41	49	58	99	140	83	174	265
34	43	52	59	102	145	84	177	270
35	45	55	60	105	150	85	180	275
36	47	58	61	108	155	86	183	280
37	49	61	62	111	160	87	186	285
38	51	64	63	114	165	88	189	290
39	53	67	64	117	170	89	192	295
40	55	70	65	120	175	90	195	300
41	57	73	66	123	180	91	198	305
42	59	76	67	126	185	92	201	310
43	61	79	68	129	190	93	204	315
44	63	82	69	132	195	94	207	320
45	65	85	70	135	200	95	210	325
46	67	88	71	138	205	96	213	330
47	69	91	72	141	210	97	216	335
48	71	94	73	144	215	98	219	340
49	73	97	74	147	220	99	222	345
50	75	100	75	150	225	100	225	350

LIMITACIONES PARA ESTA GARANTÍA

- Cuando el Asegurado resulte con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será igual a la suma de los respectivos porcentajes, con el límite del capital fijado para esta garantía, sin que en ningún caso, la suma de indemnizaciones por pérdidas parciales de un miembro pueda ser superior a la que correspondería por pérdida total o funcional del mismo.
- Si al ocurrir el accidente, el Asegurado presentaba ya una pérdida anatómica o funcional, al fijar la indemnización se deducirá de ésta el valor que corresponda a aquella, de acuerdo con lo especificado en el apartado precedente.

- Si en el cuestionario de seguro constase que el Asegurado es zurdo, o se puede probar posteriormente, se invertirán los porcentajes previstos en el baremo para los miembros superiores.
- La modalidad de Invalidez Progresiva, no será aplicable a:
 - Personas mayores de 60 años al suscribir el seguro.
 - Seguros de duración inferior a un año.
 - Pólizas sin relación nominal de Asegurados.
 - Accidentes a cargo del Consorcio Compensación de Seguros.



ART. 8º.- CAPITAL ADICIONAL POR FALLECIMIENTO Y/O INVALIDEZ A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

La Compañía garantiza el pago de un capital adicional e igual, **salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se pacte un capital inferior**, al pactado para la coberturas de Fallecimiento y/o Invalidez permanente absoluta, en el caso en que el Asegurado sufriese el accidente en calidad de:

- Peatón, y el accidente sea causado por un vehículo terrestre.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre privado.
- Pasajero de transportes públicos terrestres y/o marítimos destinados al traslado de viajeros.
- Pasajero de transportes aéreos, en líneas comerciales regulares o vuelos "chárter".

ART. 9º.- INVALIDEZ TEMPORAL

Cuando a causa de accidente, el Asegurado quede incapacitado temporalmente para el ejercicio de su ocupación principal, declarada en la Póliza, la Compañía abonará, **desde el octavo día**, la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares.

LIMITACIONES PARA ESTA GARANTÍA

- Esta garantía sólo se causará en territorio español
- La indemnización diaria pactada, se abonará a partir del octavo día, salvo que mediante el pago de una sobrepima se haya incluido expresamente en la Póliza desde el primer día, hasta la fecha de alta médica y con un máximo de 365 días.
- La indemnización tendrá los siguientes límites:
- El 100% de la cantidad diaria, mientras el Asegurado permanezca imposibilitado totalmente para el ejercicio habitual de su profesión, en el caso de que ésta sea manual.

Si el Asegurado ejerce una profesión liberal, o no tiene profesión determinada, la indemnización diaria prevista le será satisfecha por entero mientras la invalidez temporal le impida abandonar su domicilio.

- El 50% de la cantidad pactada, desde el momento en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones habituales y hasta la fecha de alta, pese a que siga sometido a tratamiento médico.

- En seguros de duración inferior a un año, esta garantía se indemnizará como máximo por el mismo período que la duración del contrato para pólizas con duración superior a 3 meses y con el máximo de 90 días para las de duración inferior.

ART. 10º.- ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Cuando a causa de un accidente el Asegurado precise asistencia médico-farmacéutica-hospitalaria para su restablecimiento, la Compañía asumirá los gastos derivados de la misma desde la fecha del accidente hasta el alta médica, con un máximo de 365 días y tendrán carácter de LIMITADOS cuando la asistencia se preste por los servicios médicos concertados por la Compañía, y hasta el límite del capital básico asegurado cuando éstos sean de libre elección por el Asegurado.

Esta garantía incluye:

Gastos de carácter urgente

Por traslado del Asegurado desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario donde pueda recibir la primera atención médica, en todo caso se incluye las necesarias asistencias de carácter urgente hasta el límite del capital básico asegurado para esta garantía.

Gastos médicos

Intervenciones quirúrgicas, gastos de hospitalización y farmacéuticos.

Gastos de locomoción

Los desplazamientos del Asegurado y de un acompañante por cualquier medio habitual de transporte, cuando por indicación de la Compañía las lesiones hayan de ser asistidas en un lugar distinto al de su residencia.

Gastos de prótesis dentarias

Originadas por los daños sufridos en la dentadura o prótesis inamovibles.

LIMITACIONES PARA ESTA GARANTÍA

- Los gastos de Asistencia Sanitaria efectuados en el extranjero, estarán limitados a la cantidad contratada para médicos de libre elección, por el Asegurado.
- Los gastos de prótesis estarán limitados al 10% del capital básico asegurado para esta garantía de libre elección de médicos, hasta un límite máximo de 600 € por siniestro.



En seguros de duración inferior a un año, esta garantía se indemnizará como máximo por el mismo periodo que la duración del contrato para pólizas con duración superior a 3 meses y con el máximo de 90 días para las de duración inferior.

ART. 11°.- CIRUGÍA ESTÉTICA

Si a consecuencia de un accidente, el aspecto físico del Asegurado quedase afectado, debiendo someterse a una operación de cirugía estética, dentro del año a partir de la fecha del accidente, la Compañía se hará cargo de los gastos de asistencia, hasta el límite fijado en Condiciones Particulares.

ART. 12°.- FALLECIMIENTO POR INFARTO DE MIOCARDIO Y/O DERRAME CEREBRAL

Siempre que figure expresamente incluido en las Condiciones Particulares del contrato, el infarto y el derrame cerebral, tendrán la consideración de accidentes a efectos de la cobertura de Fallecimiento.

Se entiende por Infarto de Miocardio: la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de un insuficiente suministro sanguíneo a la zona pertinente.

Se entiende por Derrame o Hemorragia Cerebral la extravasación de sangre en el tejido nervioso central: (cerebro, cerebelo y tronco) por rotura de vasos cerebrales de origen no traumático y que conlleva una serie de lesiones neurológicas, que van a depender de la localización e intensidad de la hemorragia.

Quedan fuera de este concepto:

- a) La isquemia aguda por embolia.
- b) La isquemia crónica por trombosis.
- c) La isquemia cerebral focal transitoria o ictus.

LIMITACIONES PARA ESTA GARANTÍA

El Asegurado declara no padecer, ni haber padecido, afección cardíaca alguna. Esta garantía se anulará y dejará de tener vigor al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 60 años de edad.

ART. 13°.- RENTA MENSUAL

Siempre que se incluya esta garantía complementaria, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza, además del capital fijado para esta cobertura, la Compañía abonará una indemnización diferida a partir de dicho evento, durante el plazo de 10 años, cuyo importe queda fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ART. 14°.- SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía garantiza el pago de la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares por cada día que el Asegurado permanezca internado en un Hospital, como consecuencia de un accidente garantizado, durante un periodo mínimo de 24 horas.

En este sentido, se entenderá por Hospital todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran Hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, instituciones para tratamiento psiquiátrico, instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas y al tratamiento de drogadictos y alcohólicos.

El periodo máximo de indemnización será de 90 días, a contar desde el día del ingreso hasta el de la fecha de salida.

El pago de la indemnización total se efectuará una vez producida el alta médica y una vez acreditadas las fechas de internamiento y de alta médica del Asegurado.

ART. 15°.- DOBLE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE EN EL MISMO ACCIDENTE.

La Compañía garantiza el pago de un capital adicional e igual, salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se pacte un capital inferior, al garantizado por la cobertura de fallecimiento, si como consecuencia del mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge.



CAPÍTULO IV

BASES DEL CONTRATO

ART. 16º.-

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición de la Compañía, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos en la misma especificados.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro, o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro o Asegurado, 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. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ART. 17º.- ÁMBITO DE COBERTURA

Las garantías del presente Seguro son de aplicación en cualquier parte del mundo donde sobrevenga el accidente, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración

Se exceptúa de la extensión anterior la cobertura de la garantía de Invalidez Temporal que queda garantizada dentro de los límites del territorio español y la de Asistencia Médico-Farmacéutica, que si bien se extiende a todo el mundo, cuando deba prestarse fuera del territorio español queda limitada a la cantidad contratada para médicos de libre elección por el Asegurado.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ART. 18º.- AL EFECTUAR EL SEGURO

1. La presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en el cuestionario al que le ha sido sometido la Compañía, básicamente en lo referente a la actividad u ocupación del Asegurado, así como su estado físico y de salud.

El Tomador del Seguro o el Asegurado quedan obligados, a comunicar anticipadamente a la Compañía la existencia de otros seguros de Accidentes, contratados con distintas compañías, sobre una misma persona.

2. La Compañía podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud de las declaraciones del Tomador y/o Asegurado. Desde el momento mismo en que la

Compañía haga esta declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concorra dolo o culpa grave de su parte.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía hubiese hecho la declaración, la prestación se reducirá en la misma proporción existente entre la Póliza y la que correspondería de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiese producido mediando dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurado, la Compañía quedará liberada del pago de la prestación.

ART. 19º.- DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Durante la vigencia del Seguro pueden existir circunstancias que modifiquen el riesgo, tales como:

- El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aunque fuera temporal, que signifique una mayor o menor posibilidad de accidente respecto a la situación declarada. No tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.
- La Incapacidad o invalidez permanente y las enfermedades crónicas sobrevinidas al Asegurado por hechos no amparados por la Póliza.

Tomador y/o Asegurado deberán comunicárselo a la Compañía, en el plazo más breve posible.

Las consecuencias en la vigencia del Seguro y para el pago de la indemnización dependerán del carácter de la modificación.

ART. 20º.- EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del Seguro o Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Compañía, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría formalizado en condiciones más gravosas.

2. En caso de que durante la vigencia de la Póliza le fuese comunicado a la Compañía una agravación del riesgo, ésta puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del Seguro dispone de quince días, a contar desde la fecha de recepción de esta proposición, para aceptarla o



rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, la Compañía puede, transcurrido dicho nuevo plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del Seguro, dándole para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

3. **La Compañía podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.**
4. **Si sobreviniera un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, la Compañía quedará liberada de su prestación, si el Tomador de la Póliza o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**
5. En caso de agravación del riesgo durante el tiempo del Seguro que de lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa queda rescindido el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, **la Compañía hará suya en su totalidad la prima cobrada.** Siempre que dicha agravación se hubiere producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de la prima satisfecha correspondiente al periodo que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

ART. 21º.- EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Compañía todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría formalizado en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.
2. En tal caso al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, la Compañía deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

ART. 22º.-

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.**
2. Las garantías de la Póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.
3. La duración del contrato es la indicada en las Condiciones Particulares, pudiendo prorrogarse una o más veces por un periodo no superior a un año cada vez.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo de seguro en curso.

En cualquier caso el seguro se anulará y dejará de tener vigor al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por un periodo de tiempo inferior a un año.

PAGO DE LA PRIMA

ART. 23º.-

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.
3. Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.



- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso la Compañía notificará al Asegurado, que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía.
4. En el caso de que la Póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.
5. Si por culpa del Tomador del Seguro o Asegurado la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva una vez firmado el contrato.

En todo caso, **si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de su obligación.**

6. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Compañía queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
7. En cualquier caso, la Compañía cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
8. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro o Asegurado pagó su prima.

— SINIESTROS - TRAMITACIÓN —

ART. 24°.-

El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios deberán comunicar a la Compañía Asegura-

dora, mediante carta o cumplimentación del parte de siniestro el acaecimiento del mismo, dentro del plazo máximo de SIETE DIAS de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios, deberán dar toda clase de información sobre las circunstancias en que se produjo el mismo.

La indemnización se fijará después de obtenida y analizada la documentación prevista a continuación, la cual deberá ser facilitada por el Beneficiario.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán entregar a la Compañía:

- Certificado de nacimiento o Documento Nacional de Identidad del Asegurado.
- Certificado de defunción del Asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando las causas y circunstancias del fallecimiento y copia de las diligencias judiciales seguidas en el accidente.
- En su caso, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador del Seguro, o Acta de Notoriedad de herederos legales.
- Documento de liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Los Beneficiarios deberán acreditar su personalidad.
- Todos los justificantes habrán de presentarse legalizados, en los casos que sean precisos.

En caso de Invalidez Permanente del asegurado:

La invalidez se justificará con los correspondientes certificados médicos que aporte el Tomador del Seguro o el Asegurado, especificando el comienzo, la causa, la naturaleza y consecuencias de la misma.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad a la Compañía. Ésta notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y del Baremo pactado 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, en la forma que establece el art. 38° de la Ley de Contrato de Seguro.



Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad entre las dos partes. No obstante, si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación, por haber mantenido una valoración de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

En caso de Asistencia Médico-Farmacéutica:

La asistencia médica, y los días de hospitalización sufridos, se justificarán mediante el recibo y la cuenta detallada de las prestaciones facultativas que hubiesen realizado los centros sanitarios.

En caso de gastos de hospitalización:

Certificados médicos de entrada y de salida del Asegurado en el centro sanitario.

SINIESTROS - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

ART. 25º.-

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Compañía pagará o consignará la prestación garantizada en el plazo máximo de CUARENTA DÍAS a partir de la recepción de la citada documentación.

La prestación garantizada le será satisfecha al Tomador del Seguro, o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

En ningún caso, un mismo accidente dará derecho, simultáneamente, a las indemnizaciones para Fallecimiento e Invalidez Permanente.

La muerte del Asegurado, causada dolosamente por un Beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del Tomador.

PRESCRIPCIÓN

ART. 26º.-

Las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en el término de CINCO AÑOS, a contar desde el día en que pudiera ejercitarse.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES

ART. 27º.- ARBITRAJE

Si las dos partes no estuviesen conformes podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.

ART. 28º.- COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

COMUNICACIONES

ART. 29º.-

1. Las comunicaciones a la Compañía del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán al domicilio de la Compañía señalado en la Póliza. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de Seguros de la Compañía que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

2. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo indicación en contrario del mismo.

3. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

CLÁUSULAS

CLÁUSULA Nº1.- REVALORIZACIÓN DE CAPITALES

Los capitales asegurados quedarán modificados en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística en su Boletín mensual.

Se considerarán como capitales asegurados y sujetos por tanto a las modificaciones citadas los capitales de Muerte y/o Invalidez. No obstante, para la garantía de Accidente de Circulación complementaria de los riesgos obligatorios básicos, se entenderán incrementados los capitales en la misma medida que los principales, según los porcentajes establecidos, siempre que los indicados para Muerte e Invalidez Permanente, salvo pacto en contrario, no excedan de 90.000 € y 180.000 €, respectivamente. En el caso de que estos capitales excedan de las sumas indicadas, las garantías complementarias no experimentarán ningún incremento.



PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

De acuerdo con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados se hace constar que:

La entidad Aseguradora es METROPOLIS, Compañía Nacional de Seguros y Reaseguros S.A., con domicilio social en la C/ Alcalá, 39. 28014 Madrid, correspondiendo a la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda el control y supervisión de la actividad aseguradora.

Legislación aplicable:

El presente contrato se encuentra sometido a la legislación española sobre Contrato de Seguro por Ley 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), con las modificaciones introducidas por la Ley 21/1990 de 19 de diciembre, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 26/2006 de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato.

Instancias de Reclamación:

Los conflictos que se puedan generar derivados de este contrato podrán ser resueltos a través del Servicio de Atención al Cliente creado por la Entidad, con sede en:

C/ Buen Suceso nº 14 2º E
28008 MADRID
Tel.: 915595971 y 915426293
Fax: 915593157
Email: gabjuridico@telefonica.net
atencionalcliente@metropolis-sa.es

El citado servicio resolverá las reclamaciones que formulen las personas legitimadas en relación con este contrato de seguro frente a la Entidad Aseguradora, cursadas en dicha Central o bien a través de cualquiera de nuestras Sucursales y Delegaciones en toda España, de forma personal o por representación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos, telemáticos, con-

forme establece la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, debiendo en todo caso, acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y resolverlas o denegarlas igualmente por escrito y motivadamente, en el plazo de dos meses.

El reclamante podrá dirigirse ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, una vez transcurrido el plazo señalado desde la presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el servicio de la Entidad Aseguradora, o que haya sido denegada la admisión de la reclamación, o desestimada su petición, sin perjuicio, si lo considera oportuno, de acudir a los Tribunales Ordinarios de Justicia.

La normativa de transparencia y protección del cliente de servicios financieros se encuentra básicamente recogida en la Ley 7/95, de 23 de marzo, de crédito al consumo (B.O.E. 25/03/95), el R.D. 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del cliente de servicios financieros (B.O.E. 03/03/04), la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor del cliente de las entidades financieras (B.O.E. 24/03/04)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se regula la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, METROPOLIS, S.A. Compañía Nacional de Seguros y Reaseguros, le informa que los datos recogidos en el presente documento serán incorporados a ficheros automatizados de datos de carácter personal. METROPOLIS, S.A. Compañía Nacional de Seguros y Reaseguros, asume el cumplimiento de la actual normativa, adoptando las medidas de índole técnica, organizativa y de seguridad que garantizan la integridad y confidencialidad de la información facilitada. Estos datos serán utilizados únicamente con la finalidad para la que fueron recabados. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la Ley, se realizará mediante escrito dirigido al Responsable de Seguridad de Metrópolis S.A., Compañía Nacional de Seguros y Reaseguros, C/ Alcalá número 39 - Edificio Metrópolis, 28014 de Madrid.

ESTAS CONDICIONES GENERALES, JUNTO CON LAS PARTICULARES EN HOJA APARTE, CONSTITUYEN LA PÓLIZA DE ESTE SEGURO, NO TENIENDO VALIDEZ CUALQUIERA DE ELLAS POR SEPARADO.

MODELO COMERCIAL

MODELO COMERCIAL

MODELO COMERCIAL

Nuestros productos



Para la **Familia**

Vida Ahorro
Vida Previsión
Asistencia Familiar
Seguro de Estudios
Integral Accidentes



Para el **Tiempo Libre**

Metrópolis Yates
Cazador
Metromar
Centros Hípicos



Para los **Bienes**

Hogar Personal
Hogar Familiar
Hogar Plus
Comunidades
Automóviles



Para el **Negocio**

Comercio
Pyme
Responsabilidad Civil
Transportes
Equipos Electrónicos
Construcción
Accidentes - Convenio
Puertos Deportivos
Pesqueros
Avería de Maquinaria



METROPOLIS
S E G U R O S

**METROPOLIS, S.A. CIA. NACIONAL DE
SEGUROS Y REASEGUROS**

Alcalá 39 - Edif. Metrópolis - 28014 Madrid
Tel.: 91 102 4000 - Fax: 91 102 4002

www.metropolis-sa.es