

Seguro de Accidentes para Colectivos innominados.



Soluciones a sus
responsabilidades

Soluciones para
su negocio

► Soluciones para
sus empleados

¡Bienvenidos a Zurich Seguros!

Apreciado/a cliente/a:

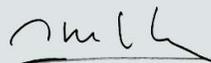
Como Director General de Zurich en España, es un placer darle la bienvenida a Zurich y agradecerle la confianza que ha depositado en nuestra compañía.

Somos una aseguradora con gran experiencia en proteger a empresas de cualquier dimensión y tipología, y en ofrecerles las soluciones que mejor se adaptan a sus necesidades. Asegurar su compañía con Zurich es contar con una protección excelente y con un acompañamiento único, de la mano de nuestro equipo de expertos.

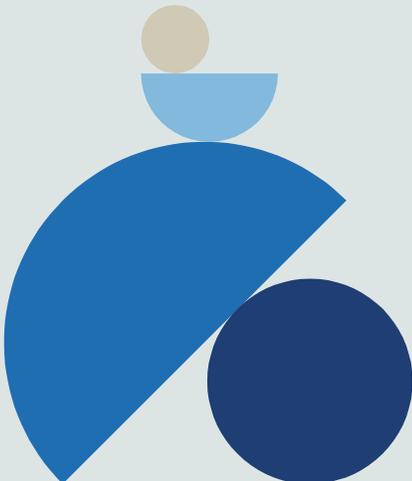
Además de ser uno de los principales grupos aseguradores a escala internacional y con un sólido capital propio, en Zurich tenemos como misión proteger a nuestros clientes y a la sociedad en la que vivimos y trabajamos, apoyados en nuestros principios éticos de integridad, sostenibilidad y excelencia.

En este documento encontrará todo el detalle de la póliza que ha contratado. Para más información, consulte con su mediador.

Atentamente,



Vicente Cancio
Director General
Zurich Insurance Europe AG, Sucursal en España



Documentación del contrato del seguro

I.	Estructura de la póliza	1
II.	Régimen legal, jurisdicción y competencia territorial	1
III.	Condiciones particulares del seguro	2
	Datos identificativos	2
	Periodo del seguro	2
	Datos del tomador	2
	Datos del mediador	2
	Datos de contacto en caso de siniestro	2
	Colectivo asegurado	2
	Actividad	2
	Precio del seguro	2
	Cúmulo de capitales por siniestro	2
	Resumen de coberturas, límites, sublímites y franquicias contratadas	3
	Ámbito temporal	4
	Ámbito territorial	4
	Límite de edad de las personas aseguradas	¡Error! Marcador no definido.
	Proveedor de asistencia	¡Error! Marcador no definido.
	Otras estipulaciones (opcionales)	4
IV.	Condiciones Generales Específicas	5
	1. Objeto del seguro	5
	2. Personas aseguradas	5
	3. Personas excluidas del seguro	5
	3.1 En el caso de “muerte	5
	3.2 Terminación del periodo del seguro	5
	4. Riesgos asegurables	5
	4.1 Muerte	5
	4.1.1 Muerte por accidente	5
	4.1.2 Muerte por enfermedad profesional	5
	4.2 Incapacidad permanente por accidente, o incapacidad permanente por enfermedad profesional en los grados de:	5
	4.2.1 Gran incapacidad	5
	4.2.2 Incapacidad permanente absoluta por cualquier profesión	5
	4.2.3 Incapacidad permanente total para la profesión habitual	5
	4.2.4 Incapacidad permanente parcial	5
	4.3 Incapacidad temporal	5

4.4	Gastos de asistencia sanitaria	5
4.5	Dietas complementarias de hospitalización	5
5.	Exclusiones	6
5.1	Con carácter general	6
5.2	Los siniestros que sean consecuencia de accidentes extraprofesionales.	6
6.	Ámbito	7
6.1	Actividad	7
6.2	Ámbito territorial	7
6.3	Delimitación temporal	7
7.	Sumas aseguradas	7
8.	Criterios para determinar el grado de incapacidad	7
9.	Valoración criterios de indemnización	8
9.1	Muerte	8
9.2	Incapacidad permanente	8
9.3	Incapacidad permanente parcial	8
9.4	Con carácter general	9
9.5	Beneficiarios	9
9.6	Otras normas de liquidación	9
10.	Regularización de la prima	9
11.	Otras estipulaciones	10
12.	Cobertura opcional de asistencia en viaje	10
12.1	Definiciones	10
12.2	Coberturas	10
12.2.1	Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos	10
12.2.2	Repatriación o transporte de los miembros de la familia	11
12.2.3	Regreso anticipado	11
12.2.4	Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado	11
12.2.5	Repatriación o transporte del Asegurado fallecido	11
12.2.6	Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero	11
12.2.7	Inmovilización en un hotel	12
12.2.8	Ayuda a la localización y envío de equipajes	12
12.2.9	Anticipo de fianzas, gastos de defensa, y anticipo de efectivo por accidente, robo o enfermedad, en el extranjero	12
12.2.10	Búsqueda de representante legal	12
12.2.11	Intérprete en caso de accidente o enfermedad	12
12.3	Exclusiones	13
12.4	Condiciones adicionales	13
V.	Exclusiones	14
VI.	Definiciones	15

VII. Consorcio de compensación de seguros	17
1. Resumen de las normas legales	17
2. Comunicación de daños	19
VIII. Condiciones generales del seguro	20
1. Declaraciones sobre el riesgo	20
2. Duración del contrato	21
3. Pago de la prima	21
4. Comunicaciones	22
5. Formalización del contrato	23
6. Variaciones en la composición del grupo	23
7. Extinción y nulidad del contrato	23
IX. Gestión del siniestro	24
1. Tramitación	24
2. Subrogación	24
3. Repetición	24
4. Prescripción	24
X. Regulación legal	25
XI. Cláusula final: aceptación íntegra del contrato	27

I. Estructura de la póliza

Esta póliza está compuesta por las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales, que están interrelacionadas y forman parte integral del contrato de seguro.

En caso de discrepancia, las condiciones especiales prevalecerán sobre las generales y particulares, salvo que dicha discrepancia afecte al riesgo objeto de esta póliza, que deberá atenerse a lo que establecen las condiciones particulares.

II. Régimen legal, jurisdicción y competencia territorial

Asegurador y autoridad de control de su actividad

Zurich Insurance Europe AG es una compañía aseguradora registrada en Alemania, con número de compañía HRB 133359 y con domicilio en Platz der Einheit 2, 60327, Fráncfort, Alemania. Está supervisada y registrada por Autoridad Federal de Supervisión Financiera (BaFin) y autorizada para operar en España, en régimen de derecho de establecimiento, a través de su sucursal Zurich Insurance Europe AG, Sucursal en España.

Zurich Insurance Europe AG, 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 de que en caso de liquidación de la entidad aseguradora, no se aplicaría la normativa española en materia de liquidación.

Legislación aplicable

Este contrato de seguro, cuando no tenga la consideración legal de “Gran riesgo”, conforme a lo previsto en el artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, quedará sometido a las siguientes normas:

- 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 pueda ser aplicable durante la vigencia de la póliza.

El contrato de seguro que tenga la condición legal de “Gran Riesgo” conforme a lo previsto en el artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 107 y en el párrafo segundo del artículo 44 de la Ley 50/80 de contrato de seguro, de 8 de octubre, se regirá por:

- En primer lugar, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 1.255 del Código Civil, por las cláusulas y condiciones de este contrato.
- Salvo pacto expreso, por las normas supletorias generales sobre obligaciones y contratos contenidas en el Código Civil y el Código de Comercio;

Subsidiariamente, en defecto de pacto expreso y de las normas supletorias antes indicadas, será de aplicación lo que dispone con carácter dispositivo la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, de 8 de octubre.

Jurisdicción y competencia territorial

Este contrato se regirá e interpretará conforme al derecho español o andorrano, dependiendo de que la contratación del mismo se haya hecho en España o en Andorra.

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción exclusiva de los juzgados y tribunales correspondientes al domicilio del asegurado.

III. Condiciones particulares del seguro

Datos identificativos

N.º de póliza: **00000142788330**
N.º de suplemento: **000001**
Producto: **Seguro de Accidentes para Colectivos innominados**
Condicionado General: **2/3.01.10.20**

Periodo del seguro

Fecha de efecto: **01/01/2025 a las 00:00 h**
Fecha de vencimiento: **31/12/2025 a las 00:00h**
Tipo de duración: **Renovable**

Datos del tomador

Nombre o razón social: **Consejería De Educación de la Junta de Castilla y León**
Dirección: **Avda. del Real Valladolid, s/n**
C.P.: **47014**
Población: **Valladolid**
Provincia: **Valladolid**
NIF/CIF: **S4711001J**

Datos del mediador

Mediador: **Consulting Europeo de Riesgos, S.L. Madrid**
Código del mediador: **0000000092726**

Datos de contacto en caso de siniestro

Apertura / Consulta de siniestros: **aperturas@zurich.com**

Colectivo asegurado

Alumnado de todos los centros educativos de Castilla y León que se encuentren realizando la fase de formación de empresas o el módulo profesional de formación en centros de trabajo, participantes en programas de formación profesional dual y profesorado participante en programas de estancias formativas en empresas.

Actividad

Cursos de formación

Precio del seguro

Importe anual del seguro	12.714,90 €
Prima neta anual	11.000,00 €
Impuestos	1.714,90 €
Total recibo	12.714,90 €

Cúmulo de capitales por siniestro

1.500.000,00 € por siniestro
Los *gastos de defensa* forman parte del cúmulo de capitales por siniestro.

Resumen de coberturas, límites, sublímites y franquicias contratadas

El presente Cuadro resumen de garantías, límites, sublímites y franquicias se ha elaborado para facilitar una mejor comprensión por parte del asegurado de la información relativa a dichos conceptos. No obstante, cada una de las garantías está sujeta a los términos contenidos en esta póliza, que incluyen su respectivo ámbito material, territorial y temporal de aplicación.

Grupos 1 y 3 – Estudiantes mayores de 28 años y Profesores (2.212 asegurados).

Cobertura	Contratada	Límite de Indemnización (por siniestro y por asegurado)	Franquicia o carencia
Fallecimiento por accidentes	Sí	25.000,00 €	000.000.000 €
Incapacidad Permanente Parcial (baremo)	Sí	25.000,00 €	000.000.000 €
Asistencia sanitaria en centros concertados	Sí	Ilimitada	000.000.000 €
Asistencia sanitaria en centros no concertados	Sí	752,00 €	000.000.000 €

Grupos 2 y 4 – Estudiantes menores de 28 años y Estudiantes mayores 28 años “Seguridad Social”. (8.800 asegurados).

Cobertura	Contratada	Límite de Indemnización (por siniestro y por asegurado)	Franquicia o carencia
Fallecimiento por accidentes	Sí	25.000,00 €	000.000.000 €
Incapacidad Permanente Parcial (baremo)	Sí	25.000,00 €	000.000.000 €

Sistema de identificación asegurados

Los asegurados serán identificados mediante comprobación en el libro registro / inscripción.

Las coberturas y capitales detallados anteriormente son los que se garantizan bajo este contrato, sin que ningún documento adicional que rece algo distinto prevalezca sobre lo cubierto por esta póliza de seguro.

Ámbito temporal

Las garantías de la póliza surten efecto, a solicitud del Tomador del seguro, durante la actividad profesional del Asegurado.

Ámbito territorial

El ámbito territorial para todas estas coberturas es mundial.

Otras estipulaciones (opcionales)

Cobertura automática para adquisiciones y nuevas filiales

Si durante el período de cobertura, el *tomador* adquiere o crea cualquier filial o empresa asociada, directamente o a través de una de sus filiales, la cobertura de esta póliza se extenderá automáticamente, sin coste adicional, para incluir a dicha filial o empresa asociada a partir de la fecha de su adquisición o de su creación, siempre que el número de asegurados o el número de viajes de trabajo no excedan del 10 % de las cifras declaradas al inicio o en la renovación, y que dicha filial o empresa asociada esté domiciliada en España o en la Unión Europea.

Cuando el número de asegurados o el número de viajes excedan del 10 % de las cifras declaradas al inicio o en la renovación, el *asegurador* acuerda proporcionar cobertura a partir de la fecha de creación o adquisición por un período de 30 días, durante el cual el tomador debe proporcionar la información adicional relevante y pagar cualquier prima adicional que corresponda desde la fecha de creación o adquisición.

Para que esta ampliación de cobertura sea efectiva, el tomador debe comunicar al *asegurador* el nombre y el número de identificación social de las nuevas sociedades objeto de cobertura, con el objeto de darlas de alta en las plataformas de servicio y tramitación de *siniestros*.

Las filiales adquiridas fuera del *ámbito territorial* de la Unión Europea no gozarán de dicha cobertura automática, y deben ser declaradas al *asegurador* para que proponga las condiciones de prima y cobertura correspondientes.

Cobertura de guerra

En el caso de viajes de trabajo que se realicen a zonas en *guerra*, el riesgo de *guerra*, entendiéndose por este los *siniestros* causados directamente por la *guerra*, está garantizado para todas las coberturas contratadas, siempre y cuando se haya solicitado expresamente, haya sido aprobado por el *asegurador*, se haya hecho constar en las Condiciones Particulares y se haya abonado la prima adicional que corresponda.

En el supuesto de que un *asegurado* se encuentre en esta situación de forma sobrevenida durante la vigencia de la póliza, la cobertura se prolongará por un período de 14 días, quedando excluidos de cobertura los *siniestros* causados directamente por la guerra a partir de ese momento, salvo que abandone la zona afectada o que el *asegurador* confirme expresamente la continuidad de cobertura y sujeto a las condiciones establecidas por el *asegurador*.

En ambos casos, la concesión o continuidad de la cobertura a *siniestros* causados directamente por la *guerra* se realizará sobre la base de la información aportada por el *tomador*, que está obligado a comunicar al *asegurador* cualquier agravación o incremento del riesgo. Se entiende que hay agravación del riesgo cuando la frecuencia de los viajes se incremente o cuando los destinos de los viajes se encuentren en zonas de mayor riesgo.

En caso de agravación de la situación en la zona donde se encuentre o hacia donde viaje el *asegurado*, el *asegurador* puede aplicar la sobreprima que corresponda a la agravación en ese momento, avisando al tomador con 7 días de antelación al efecto de las nuevas condiciones.

Se hace constar que la tasa aplicada al riesgo de guerra se mantendrá en tanto que la situación de dicho riesgo sea la conocida en el momento de otorgar la cobertura.

IV. Condiciones Generales Específicas

1. Objeto del seguro

Dentro de los límites establecidos en la póliza, el Asegurador asume la cobertura de los riesgos que más adelante se indican, cuya inclusión figure expresamente pactada en las “condiciones particulares”.

La responsabilidad del Asegurador no podrá exceder en ningún caso, de las respectivas “sumas aseguradas” para cada garantía, determinadas independientemente en las “condiciones particulares”.

2. Personas aseguradas

Quedan amparados por el seguro los asalariados del Tomador del seguro adscritos a la actividad profesional descrita en las “condiciones particulares”, que figuren dados de alta en la Seguridad Social y por los que se coticen las respectivas cuotas.

3. Personas excluidas del seguro

3.1 En el caso de “muerte

Por lo que se refiere al caso de “muerte”, personas de edad inferior a 14 años, pudiendo asegurarse exclusivamente un capital destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado del fallecido.

3.2 Terminación del período del seguro

A la terminación del período de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, se extinguen automáticamente las garantías de la póliza para dicha persona.

4. Riesgos asegurables

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones previstas para los riesgos que se indican a continuación, cuando su inclusión se indique en la póliza:

4.1 Muerte

4.1.1 Muerte por accidente

4.1.2 Muerte por enfermedad profesional

4.2 Incapacidad permanente por accidente, o incapacidad permanente por enfermedad profesional en los grados de:

4.2.1 Gran incapacidad

4.2.2 Incapacidad permanente absoluta por cualquier profesión

4.2.3 Incapacidad permanente total para la profesión habitual

4.2.4 Incapacidad permanente parcial

4.3 Incapacidad temporal

4.4 Gastos de asistencia sanitaria

4.5 Dietas complementarias de hospitalización

5. Exclusiones

En ningún caso quedan cubiertas por el Asegurador los accidentes producidos por causa, o a consecuencia directa o indirecta, de:

5.1 Con carácter general

- Hechos que no tengan la consideración de accidente según se definen en el apartado VI. “definiciones” de esta póliza.
- Riesgos no especificados en las “condiciones particulares” o distintos a los estrictamente definidos en las presentes “condiciones”.
- Hechos o fenómenos considerados como extraordinarios, de acuerdo al Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros y demás normativa y legislación vigente, aplicable al mismo, aún cuando dicho Organismo no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes, o la indemnización no fuera completa en razón de la aplicación de franquicias, detracciones, Reglas Proporcionales u otras limitaciones.
- Guerras, medie o no declaración oficial, levantamientos populares o militares, insurrección, rebelión, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase, aún en tiempo de paz.
- Terrorismo y/o cualquier acto intencional violento, así como los derivados de alborotos populares, motines y revoluciones, salvo que ocurran fuera de España y no tome parte activa el Asegurado.
- Los efectos mecánicos, térmicos, radiactivos, y la contaminación, debidos a reacciones o transmutaciones nucleares cualquiera que sea la causa que los produzca, así como las radiaciones ionizantes.
- Los provocados intencionadamente o de forma dolosa por el Asegurado o por otra persona con su connivencia.
- Los que sean declarados por el gobierno de la nación como “catástrofe o calamidad nacional”.
- Las ocurridos bajo los efectos de drogas, o estupefacientes no prescritos médicamente.
- Las enfermedades de cualquier naturaleza, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicas que no hayan sido motivadas por un accidente.

5.2 Los siniestros que sean consecuencia de accidentes extraprofesionales.

- Las hernias que no sean consecuencia de esfuerzo súbito.
- El infarto de miocardio y el accidente vascular cerebral, cualesquiera que sea la causa.
- La práctica por el Asegurado de los siguientes deportes:
 - Automovilismo, motociclismo y motonáutica de competición.
 - Paracaidismo, vuelo sin motor, vuelo delta y en general cualquier deporte aeronáutico.
 - Esquí de competición.
 - Artes marciales, lucha en sus distintas modalidades, boxeo o halterofilia.
 - Escaladas, alpinismo, espeleología y travesía de glaciares.
 - Inmersiones con empleo de aparatos respiratorios.
- Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

- Los sufridos ocupando plaza como pasajero en aeronaves que no estén autorizadas para el transporte público de pasajeros.
- Los sobrevenidos al conducir vehículos a motor si el Asegurado carece del correspondiente permiso de conducción.
- Los ocurridos usando ciclomotores o motocicletas, excepto para personas con edad superior a 25 años.

6. Ámbito

6.1 Actividad

Las garantías de la póliza surten efecto, a solicitud del Tomador del seguro, durante la actividad profesional del Asegurado, en el ámbito de su vida ordinaria no laboral (extraprofesional), o ambas a la vez, según se defina en las “condiciones particulares” de la póliza.

6.2 Ámbito territorial

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

6.3 Delimitación temporal

El seguro cubre exclusivamente los siniestros ocurridos durante la vigencia del contrato, salvo en los supuestos de “incapacidad permanente” como consecuencia de accidente laboral o “enfermedad profesional” que se regirán a estos efectos por la fecha en que la misma sea declarada por la Comisión de Evaluación de Incapacidades de la Seguridad Social.

7. Sumas aseguradas

El seguro cubrirá únicamente, las garantías y “sumas aseguradas” contratadas y consignadas en las “condiciones particulares”.

Las prestaciones previstas para los riesgos de “muerte”, “gran incapacidad”, “incapacidad permanente absoluta”, “incapacidad permanente total”, o “incapacidad permanente parcial” no son acumulables entre sí a resultas de un mismo accidente.

En caso de siniestro que afecte a más de un Asegurado, se establece un límite de 3.000.000 Euros por siniestro. En consecuencia, en caso de accidente en el que las cantidades aseguradas para las personas afectadas rebasen los 300.000 Euros, la indemnización que corresponderá por cada víctima será la que resulte de repartir dicha cantidad proporcionalmente a las cantidades aseguradas.

En el caso de que existan varias pólizas de seguros de accidentes formalizadas con la Compañía, se establece un límite conjunto para las mismas de 300.000 Euros por persona, el cual se computará a los efectos de las proporciones establecidas en el párrafo anterior.

Se establece un límite por persona para accidentes de aviación de 30.000 Euros para cada uno de los casos de muerte e incapacidad permanente.

8. Criterios para determinar el grado de incapacidad

“Incapacidad permanente” a consecuencia de accidente o enfermedad profesional

El grado de “incapacidad permanente”, en cualquiera de sus modalidades, en los supuestos de accidente laboral o enfermedad profesional será el que determine la Comisión de Evaluación de Incapacidades de la Seguridad Social u Organismo competente.

9. Valoración criterios de indemnización

El Asegurador valorará las prestaciones garantizadas de acuerdo a los siguientes criterios:

9.1 Muerte

Se estimará siempre en el 100% de la suma asegurada para tal concepto.

9.2 Incapacidad permanente

En los grados de “gran incapacidad”, “incapacidad permanente absoluta”, o “incapacidad permanente total”.

Se estimará siempre en el 100% de la “suma asegurada” para el tipo de incapacidad que se determine.

9.3 Incapacidad permanente parcial

En función del tipo de lesión, se estimará en los siguientes porcentajes sobre la “suma asegurada”, independientemente del porcentaje de discapacidad que se le reconozca administrativamente:

Tipo de lesión	%
Pérdida completa de la visión de un ojo	30 %
Sordera completa de ambos oídos	60 %
Sordera completa de un oído	15 %
Pérdida total de fonación	30 %
De una pierna por encima de la rodilla	50 %
De una pierna a la altura o por debajo de la rodilla	40 %
Del dedo gordo del pie	10 %
De cualquier otro dedo del pie	3 %
Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100 %
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100 %
Parálisis completa	100 %
Ceguera absoluta	100 %

Pérdida o inutilización absoluta:	Derecho	Izquierdo
Del brazo o la mano	60 %	50 %
De la mano o del antebrazo	60 %	50 %
Del dedo pulgar	22 %	18 %
Del dedo índice	15 %	12 %
De uno de los demás dedos de la mano		7 %

La pérdida o incapacidad funcional parciales se valorarán de forma proporcional.

En el caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad en un mismo accidente, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, hasta el límite máximo del 100%.

Para cada falange terminal de los dedos, se considera “incapacidad permanente” únicamente la amputación total.

La indemnización por la pérdida funcional o anatómica de una falange del pulgar se establece en la mitad; por la pérdida anatómica de una falange del dedo gordo del pie en la mitad y por la de una falange de cualquier otro dedo en un tercio del porcentaje establecido por la pérdida total del dedo respectivo.

En caso de pérdida anatómica o de disminución funcional de un órgano o de una extremidad ya disminuida los porcentajes indicados se reducen teniendo en cuenta el grado de incapacidad preexistente.

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

9.4 Con carácter general

La indemnización por cualquiera de los conceptos de “gran incapacidad”, “incapacidad permanente absoluta” e “incapacidad permanente total”, excluye automáticamente la aplicación del baremo relativo a la “incapacidad permanente parcial” del apartado 9.3., que, por tanto, no es acumulable a ninguna de ellas.

El Asegurador liquida la indemnización por las consecuencias directas y exclusivas del accidente que sean independientes de condiciones físicas y patológicas preexistentes o sobrevenidas; por tanto, la influencia que el accidente puede haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación de las lesiones producidas por el accidente, son consecuencias indirectas y por tanto no indemnizables.

En los casos de mutilaciones o defectos físicos preexistentes, la indemnización por “incapacidad permanente” se liquida únicamente por las consecuencias directas ocasionadas por el accidente como si éste hubiese afectado a una persona físicamente integra, sin tomar en consideración el mayor perjuicio derivado de las condiciones preexistentes.

9.5 Beneficiarios

El derecho a las indemnizaciones por incapacidad permanente es de carácter personal y por tanto, no transmisibles a los herederos.

En defecto de designación expresa de “beneficiarios”, éstos serán por el siguiente orden: la esposa e hijos a partes iguales, en su defecto los ascendientes o descendientes de primer grado, y a falta de éstos cualquier otro heredero que legalmente pueda ostentar dicha condición.

Los “beneficiarios” deberán demostrar su condición de herederos legales de no haber sido hecha su designación de modo expreso.

Si después del pago de una indemnización por incapacidad permanente y, como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece, el Asegurador abona a los “beneficiarios” designados o, en su defecto, a los herederos la diferencia entre la indemnización satisfecha y la estipulada para el caso de “muerte”, cuando ésta sea superior. En caso contrario el Asegurador no solicitará el reembolso de la diferencia.

9.6 Otras normas de liquidación

La indemnización se satisface en España en moneda española al cambio en vigor en la fecha de liquidación del siniestro.

Para las liquidaciones en caso de muerte deberá aportarse en todo caso el correspondiente certificado médico oficial.

10. Regularización de la prima

La prima inicial de este contrato tiene carácter de provisional y se ha obtenido en base al número inicial de personas, según el modelo TC-2, facilitado por el Tomador.

Para poder realizar la regularización de prima, la cual se efectúa en función a las altas y bajas producidas entre las fechas de cada período, el Tomador viene obligado a declarar al Asegurador, al finalizar cada anualidad de seguro, el número de personas ocupados en los trabajos propios de la empresa, efectivamente aseguradas, que han de servir para la regularización definitiva de la prima durante el período de seguro.

Esta declaración deberá efectuarse en un plazo no superior a los 30 días de la terminación de cada período indicado, para lo cual deberá remitir al Asegurador resumen detallado por meses del modelo TC-2 de cotización a la Seguridad Social, indicando las altas y bajas producidas entre las fechas de cada anualidad.

Si las cifras efectivas exceden de las que han servido para el cálculo de la prima provisional, el Tomador del seguro abonará al Asegurador lo que éste hubiera percibido de menos, y en caso contrario el Asegurador devolverá al Tomador lo que éste hubiera satisfecho de más, con el límite de la prima mínima establecida en la póliza.

11. Otras estipulaciones

Cuando la póliza se establezca en base a un Convenio Colectivo, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible cualquier variación relativa a las coberturas y/o “sumas aseguradas” del Convenio Colectivo especificado en las “condiciones particulares”, siendo de aplicación con respecto a dicha obligación cuanto se establece en el apartado 6.4. de las “condiciones generales del contrato de seguro”.

En caso de incumplimiento o inexactitud por parte del Tomador respecto a lo previsto en el punto anterior, el Asegurador podrá repetir contra éste el exceso que por imperativo de una resolución judicial se hubiese visto obligado a satisfacer.

12. Cobertura opcional de asistencia en viaje

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

12.1 Definiciones

A los efectos de esta Cobertura, se entenderá por Asegurado:

- La persona física, residente en España, Asegurado de la póliza, y su cónyuge, así como:
- Sus ascendientes, siempre que convivan en el mismo domicilio de aquéllos.
- Sus descendientes, hasta la edad de 18 años.

No se modifica ni perjudica el derecho de los Asegurados, si éstos viajan por separado.

12.2 Coberturas

Esta garantía es válida a partir de 30 Kms. del domicilio del Asegurado en España.

En caso de accidente no se aplicará franquicia kilométrica alguna.

La garantía comprende:

12.2.1 Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, el Asegurador 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 lugar cercano al domicilio, el Asegurador 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 aquéllos 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 el Asegurador 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 el Asegurador en cada caso, de acuerdo con el médico que trate al Asegurado y, si hay lugar a ello con su familia.

12.2.2 Repatriación o transporte de los miembros de la familia

Cuando el retorno de uno de los Asegurados se hubiese realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado 8.2.1. precedente, y ello impida al resto de los Asegurados continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hace cargo del transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

12.2.3 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 hermana o hermano, el Asegurador 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.

12.2.4 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 diez días, el Asegurador asume 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, el Asegurador abona además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de esta persona hasta 30,05 Euros por día sin que el total pueda exceder de 180,30 Euros.

12.2.5 Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador 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.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento postmortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, hasta un límite de 300,51 Euros.

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

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

Mediante esta garantía el Asegurador 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 3.005,06 Euros.

Se establece, para el caso de enfermedad, una franquicia del 10% de la indemnización con un mínimo de 30,05 Euros, que correrá a cargo del Asegurado en cada siniestro.

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 al Asegurador de cualquier cantidad que éste haya anticipado.

12.2.7 Inmovilización en un 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 el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos debidos a la prórroga de estancia en el hotel hasta una cantidad de 30,05 Euros diarias y con un total máxima de 180,30 Euros.

12.2.8 Ayuda a la localización y envío de equipajes

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

12.2.9 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, el Asegurador efectuará anticipos de efectivo de acuerdo con los términos previstos seguidamente:

- Anticipo fianza judicial

Si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, se le exigiere al Asegurado una fianza penal, por parte de las autoridades del país en que se haya producido el mismo, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 4.507,59 Euros.

- Anticipo gastos de defensa

Si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, el Asegurado tuviera necesidad de contratar su defensa legal, el Asegurador adelantará los gastos que la misma comporte, hasta un límite de 1.502,53 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, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 1.502,53 Euros.

Con objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador 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 el Asegurador, dentro del plazo máximo de 10 días de la finalización del viaje, y en cualquier caso, dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

12.2.10 Búsqueda de representante legal

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, el Asegurador 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.

12.2.11 Intérprete en caso de accidente o enfermedad

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o enfermedad grave ocurrido en el extranjero, fuera necesaria la intervención de un interprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador se compromete a ponerlo a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible.

Los gastos cubiertos por el Asegurador quedan limitados a 30,05 Euros diarios con un máximo por siniestro de 180,30 Euros.

12.3 Exclusiones

Quedan excluidas:

- 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.
- La participación en competiciones deportivas y el rescate de personas en montaña, mar o desierto.

12.4 Condiciones adicionales

- Será de aplicación a estas garantías complementarias, las “condiciones generales” de la póliza, en tanto no se opongan a lo establecido en el presente apartado.

En todo caso, el Asegurador no es responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.

- Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, el Asegurador sólo se hace cargo del exceso sobre los previstos por ellas normalmente (billetes de tren, avión, travesías marítimas, peajes, carburantes para el vehículo, etc.).
- Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, que el mismo sea inmediatamente avisado 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.
- El Asegurador 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.

V. Exclusiones

En ningún caso quedan cubiertas por el Asegurador los accidentes producidos por causa, o a consecuencia directa o indirecta, de:

1. Hechos que no tengan la consideración de “accidente” según se define en el apartado VI “definiciones” de esta póliza.
2. Riesgos no especificados en las “condiciones particulares” o distintos a los estrictamente definidos en las presentes “condiciones”.
3. Hechos o fenómenos considerados como extraordinarios, de acuerdo al Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros y demás normativa y legislación vigente, aplicable al mismo, aún cuando dicho Organismo no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes, o la indemnización no fuera completa en razón de la aplicación de franquicias, detracciones, Reglas Proporcionales u otras limitaciones.
4. Guerras, medie o no declaración oficial, levantamientos populares o militares, insurrección, rebelión, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase, aún en tiempo de paz.
5. Terrorismo y/o cualquier medio intencional violento, alborotos populares, motines y revoluciones, salvo que ocurran fuera de España y no tome parte activa el Asegurado.
6. Los efectos mecánicos, térmicos, radiactivos, y la contaminación, debidos a reacciones o transmutaciones nucleares cualquiera que sea la causa que los produzca, así como las radiaciones ionizantes.
7. Los provocados intencionadamente o de forma dolosa por el Asegurado o por otra persona con su connivencia.
8. Los que sean declarados por el gobierno de la nación como “catástrofe o calamidad nacional”.
9. Las ocurridos bajo los efectos de drogas, o estupefacientes no prescritos médicamente.
10. Las enfermedades de cualquier naturaleza, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente.
11. Las hernias que no sean consecuencia de esfuerzo súbito.
12. El infarto de miocardio y el accidente vascular cerebral, cualesquiera que sea la causa.
13. Los siniestros derivados de accidentes anteriores al efecto inicial de la póliza.
14. La práctica por el Asegurado de los siguientes deportes:
 - a. Automovilismo, motociclismo y motonáutica de competición.
 - b. Paracaidismo, vuelo sin motor, vuelo delta y en general cualquier deporte aeronáutico.
 - c. Esquí de competición.
 - d. Artes marciales, lucha en sus distintas modalidades, boxeo o halterofilia.
 - e. Escaladas, alpinismo, espeleología y travesía de glaciares.
 - f. Inmersiones con empleo de aparatos respiratorios.
15. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.
16. Los sufridos ocupando plaza como pasajero en aeronaves que no estén autorizadas para el transporte público de pasajeros.
17. Los sobrevenidos al conducir vehículos a motor si el Asegurado carece del correspondiente permiso de conducción.
18. Los ocurridos usando ciclomotores o motocicletas, excepto para personas con edad superior a 25 años.

VI. Definiciones

1. Definiciones comunes a todas las coberturas

Asegurado. La persona, física o jurídica, titular del interés objeto del seguro y del derecho a la indemnización, y que, en defecto del tomador del seguro, asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato.

Asegurador. La persona jurídica que asume la cobertura del riesgo previsto en el contrato, dentro de los límites pactados en este.

Franquicia. Cantidad pactada expresamente en la póliza a cargo del asegurado y que se deducirá del conjunto de la indemnización y gastos que correspondan en cada siniestro, cualquiera que sea la forma y cuantía en que estos se liquiden.

Límite de indemnización. Cantidad máxima de pagos y depósitos que por cualquier concepto cumplirá el asegurador para cada una de las coberturas otorgadas por el contrato.

Límite global de indemnización. Es la cantidad máxima de que responderá el asegurador por la suma de todas las indemnizaciones y gastos, cualquiera que sea el número de coberturas afectadas.

Límite de indemnización por siniestro. Cantidad máxima a indemnizar por el asegurador por cada siniestro, con independencia del número de reclamaciones y reclamantes.

Póliza. El conjunto de documentos que integran este contrato de seguro y los posibles suplementos o apéndices que se emitan al mismo para complementarlo y/o modificarlo.

Prima. El precio del seguro. El cálculo de la prima neta se hace teniendo en cuenta el conjunto de las coberturas contratadas, límites o sublímites de garantías o sumas aseguradas, franquicias, condiciones de aseguramiento y demás condiciones pactadas que constan en la póliza, de forma que la variación en cualquiera de estas condiciones determinará la correspondiente modificación de las primas. El recibo contendrá, además, los recargos y tributos que sean legalmente aplicables.

Siniestro. Con carácter general para todas las coberturas de la póliza, todo hecho que haya causado un daño del que pueda resultar civilmente responsable el asegurado y que se derive necesariamente del riesgo concreto objeto del seguro. Se considera que constituye un solo y único siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa original, con independencia del número de reclamantes o reclamaciones formuladas.

Se considerará como fecha de ocurrencia del mismo aquella en que se produjo el primero de los acontecimientos dañosos debidos a una misma causa original.

Tercero. Persona física o jurídica distinta del:

- Tomador.
- Asegurado.
- Cónyuges y familiares hasta tercer grado de los anteriores que convivan con ellos.
- Socios, asalariados, empleados o dependientes del tomador o del asegurado, mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia.

Tomador del seguro. La persona, física o jurídica que suscribe este contrato junto con la compañía y al que corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, excepto las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el asegurado.

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

Accidente laboral. Toda lesión corporal que sufra el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena y que así sea admitido y calificado por la Seguridad Social o por el Convenio Colectivo aplicable al caso.

Accidente extraprofesional. Toda lesión corporal, objetivamente apreciable, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, y que tenga como consecuencia la muerte o la incapacidad permanente del mismo, y que no tenga la condición de "accidente laboral".

Enfermedad profesional. La contraída por el Asegurado a consecuencia de trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en la legislación vigente, y que esté provocada por la acción de elementos o sustancias concurrentes en el mismo, desarrollándose de forma lenta y oculta, y cuyas consecuencias son de carácter permanente e irreversible.

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

Incapacidad permanente. La pérdida anatómica o la disminución funcional de carácter permanente e irreversible, sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Incapacidad temporal. La lesión corporal, como consecuencia directa de un accidente, que imposibilite transitoriamente al Asegurado, de forma total o parcial, para el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Gran incapacidad. Las pérdidas anatómicas o funcionales irreversibles del Asegurado que hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales, como, por ejemplo, comer, desplazarse, vestirse y análogas.

Incapacidad permanente absoluta. La que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual. La que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Incapacidad permanente parcial. La pérdida anatómica o funcional que origine al Asegurado secuelas físicas irreversibles, de cualquier órgano o miembro, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de su profesión.

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

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

VII. Consorcio de compensación de seguros

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España en Seguros de Daños en los bienes.

(Resolución de 31 de mayo de 2016 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones).

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 disposiciones complementarias.

1. Resumen de las normas legales

Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) 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. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear

- asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
 - g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
 - h) 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.
 - i) Los causados por mala fe del Asegurado.
 - j) Los derivados de siniestros por fenómenos naturales que causen daños a los bienes o pérdidas pecuniarias cuando la fecha de emisión de la póliza o de efecto, si fuera posterior, no preceda en siete días naturales a aquél en que ha ocurrido el siniestro, salvo que quede demostrada la imposibilidad de contratación anterior del seguro por inexistencia de interés asegurable. Este período de carencia no se aplicará en el caso de reemplazo o sustitución de la póliza, en la misma u otra entidad, sin solución de continuidad, salvo en la parte que fuera objeto de aumento o nueva cobertura. Tampoco se aplicará para la parte de los capitales asegurados que resulte de la revalorización automática prevista en la póliza.
 - k) 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.
 - l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de las pérdidas pecuniarias delimitadas como indemnizables en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
 - m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

Franquicia

La franquicia a cargo del Asegurado será:

- a) En el caso de daños directos, en los seguros contra daños en las cosas, la franquicia a cargo del Asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, no se efectuará deducción alguna por franquicia a los daños que afecten a viviendas, a comunidades de propietarios de viviendas, ni a vehículos que estén asegurados por póliza de seguro de automóviles.
- b) En el caso de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del Asegurado será la misma prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños que sean consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.
- c) Cuando en una póliza se establezca una franquicia combinada para daños y pérdida de beneficios, por el Consorcio de Compensación de Seguros se liquidarán los daños materiales con deducción de la franquicia que corresponda por aplicación de lo previsto en el apartado a) anterior, y la pérdida de beneficios producida con deducción de la franquicia establecida en la póliza para la cobertura principal, minorada en la franquicia aplicada en la liquidación de daños materiales

Pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguros a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

No obstante lo anterior:

- a) En las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.
- b) Cuando los vehículos únicamente cuenten con una póliza de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de compensación de Seguros garantizará el valor del vehículo en el estado en que se encuentre en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro según precios de compra de general aceptación en el mercado.

2. Comunicación de daños

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.

VIII. Condiciones generales del seguro

1. Declaraciones sobre el riesgo

1.1. Al contratar el seguro y durante su vigencia

Esta póliza ha sido acordada de acuerdo con la información de actividad asegurada facilitada por el tomador del seguro, tal y como se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro o el asegurado deberán comunicar a la aseguradora la alteración de los factores y las circunstancias recogidas en las Condiciones Particulares que modifiquen, agraven o puedan agravar el riesgo, y puedan ser de tal naturaleza que, de haberlas conocido la aseguradora, esta no habría celebrado el contrato de seguro, o bien lo habría hecho con condiciones más gravosas.

Asimismo, si el contenido de la póliza difiere de la solicitud/proposición de seguro y de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la aseguradora, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente.

Si transcurrido dicho plazo no se ha efectuado la reclamación, se aplicará lo dispuesto en la póliza.

1.2. Consecuencias de la reserva o inexactitud de las declaraciones

La aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador en el plazo de un mes, a contar desde el día en que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud de la declaración del tomador.

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

Si medió dolo o culpa grave del tomador, la aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

1.3. En caso de agravación del riesgo

Se entenderán modificaciones de la póliza las diferencias que se produzcan a lo largo de la vida del contrato respecto de las condiciones particulares y especiales que se han integrado al inicio de la póliza.

Durante la vigencia del contrato, el tomador del seguro o el asegurado deberán comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas y/o traídas del cuestionario previo, y/o recogidas en las condiciones particulares y especiales que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si el asegurador las hubiese conocido en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

1.4. Facultades de la Aseguradora en caso de agravación del riesgo

En el caso de que durante la vigencia de la póliza se le comunique a la aseguradora una agravación del riesgo, esta puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada.

En este caso, el tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio, la aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole un nuevo plazo de quince días para que conteste. Transcurridos estos quince días, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al tomador la rescisión definitiva.

La aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si sobreviene un siniestro sin haber hecho declaración de agravación del riesgo, la aseguradora queda liberada de su prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de

la aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado si hubiera conocido la verdadera entidad del riesgo.

1.5. En caso de transmisión

En caso de transmisión del objeto asegurado, el adquirente se subroga en el momento de la enajenación, en los derechos y obligaciones que correspondían en la póliza al anterior titular.

El asegurado está obligado a comunicar por escrito al adquirente la existencia de la póliza sobre la cosa transmitida. Una vez verificada la transmisión, también deberá comunicarla por escrito a la aseguradora o a sus representantes en el plazo de quince días.

El adquirente y el anterior titular o, en caso de que este hubiera fallecido, sus herederos, son solidariamente responsables del pago de las primas vencidas en el momento de la transmisión.

La aseguradora puede rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes desde que tiene conocimiento de la transmisión verificada. Una vez ejercitado su derecho y notificado por escrito al adquirente, la aseguradora queda obligada durante el plazo de un mes, a partir de la notificación. La aseguradora deberá restituir la parte de prima que corresponda al período de seguro por el que, como consecuencia de la rescisión, no haya soportado el riesgo.

El adquirente de la cosa asegurada también puede rescindir el contrato si lo comunica por escrito a la aseguradora en el plazo de quince días, contados desde que conoció la existencia del seguro. En este caso, la aseguradora adquiere el derecho a la prima correspondiente al período que hubiera comenzado a correr cuando se produce la rescisión.

Las normas anteriores rigen para los casos de muerte, suspensión de pagos, quita y espera, quiebra o concurso del tomador o del asegurado.

1.6. En caso de concurrencia de seguros

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador o el asegurado deben, salvo pacto contrario, comunicar a cada aseguradora los demás seguros que estipule.

Si por dolo se omite esta comunicación y se produce el siniestro en situación de sobreseguro, los aseguradores no están obligados a pagar la indemnización.

2. Duración del contrato

La duración del contrato es la determinada en las Condiciones Particulares de la póliza. Puede establecerse que se prorrogue cuando expire cada anualidad, por un período no superior a un año en cada prórroga.

En este caso, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de anticipación al vencimiento del período del seguro en curso de un mes para el tomador y de dos meses para la aseguradora.

La prórroga tácita se aplica a los seguros en los que se establezca la improrrogabilidad del contrato. A efecto de lo previsto en las Condiciones Generales de la póliza sobre duración, renovación y/o rescisión del seguro, se entiende como única fecha válida la del vencimiento indicado en las Condiciones Particulares.

3. Pago de la prima

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la formalización del contrato, conforme el artículo 14 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Si, por culpa del tomador, la prima no se ha pagado, la compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima por vía ejecutiva. En todo caso, si la prima no se ha pagado antes de que tenga lugar el siniestro, la compañía queda liberada de toda obligación.

3.1. Primas regularizables

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hayan adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que debe reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indique, se entenderá que debe reajustarse al final de cada período de seguro.

El tomador del seguro o el asegurado, en el plazo de 30 días desde el término de cada período de regularización, debe facilitar al asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.

La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El tomador del seguro o el asegurado deben facilitar al asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los datos referidos.

Si se produce un siniestro estando incumplido el deber de declarar previsto anteriormente o la declaración que se hizo fue inexacta, se aplicarán las siguientes reglas:

- **Mala fe del tomador o del asegurado, el asegurador quedará liberado de su prestación.**
- **Cuando la inexactitud u omisión esté motivada por otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente haya correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.**

3.2. Consecuencia del impago de la prima

Si por culpa del tomador la primera prima no se ha pagado, la compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, la compañía quedará liberada de su obligación. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la compañía queda suspendida 1 mes después del día de su vencimiento. Si esta no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso, la compañía solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso cuando el contrato esté en suspenso, correspondiéndole la fracción de prima por el tiempo que ha estado suspendida la cobertura.

3.3. Fraccionamiento del pago de la prima

Si entre ambas partes se pacta expresamente el pago fraccionado de las primas del seguro, esta facilidad no se aplicará a las primas devengadas por regularización de capitales flotantes, cambios en sumas aseguradas o cambios en la naturaleza del riesgo, que se pagarán de forma inmediata a la presentación de las mismas al asegurado por parte de la aseguradora, salvo pacto expreso en contrario.

La concesión del pago fraccionado no merma en ningún caso el derecho de la aseguradora al cobro de la prima total, aun en el supuesto de ocurrir un siniestro que destruyera las propiedades aseguradas.

La aseguradora se reserva el derecho de resarcirse de posibles fraccionamientos de prima pendientes, deduciendo el importe de estos de cualquier indemnización a que hubiere lugar.

Se declara expresamente que el pago fraccionado es una facilidad para el tomador/asegurado de la cual no puede prevalerse ni puede ir en perjuicio de quien concede tal facultad.

4. Comunicaciones

Las comunicaciones a la aseguradora por parte del tomador, del asegurado o del beneficiario se harán en el domicilio social de la aseguradora, señalado en la póliza.

5. Formalización del contrato

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes y mediante el cobro de la prima.

6. Variaciones en la composición del grupo

El tomador del seguro está obligado a notificar al asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado y que puedan consistir en:

- Altas: originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, cumplan las condiciones de adhesión, en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro de grupo y manifiesten su deseo de adhesión al mismo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar, previa aceptación de la compañía, en el momento de la recepción de la notificación por parte del tomador.

- Bajas: se producirán por alguna de las siguientes causas:
 - Salida del grupo asegurado o del asegurable, o comunicación expresa del tomador.
 - Se devolverá al tomador del seguro la parte de prima correspondiente al período de seguro en curso no transcurrido.
 - Pago del capital por fallecimiento o por invalidez permanente.
 - Al término de la anualidad en que el asegurado cumpla la edad límite estipulada para cada cobertura.

7. Extinción y nulidad del contrato

Si durante la vigencia del seguro tiene lugar la desaparición del interés o del bien asegurado, el contrato de seguro quedará extinguido desde este momento, y la compañía tiene el derecho de hacer suya la prima no consumida.

El contrato será nulo si en el momento de conclusión no existía el riesgo, había ocurrido el siniestro o no existía un interés del asegurado.

IX. Gestión del siniestro

1. Tramitación

El tomador del seguro o el asegurado deben comunicar a la compañía el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días, contados a partir de la fecha en que fue conocido, salvo que se pacte un plazo más amplio en la póliza.

La compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de esta declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que la compañía ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador y el asegurado deben dar a la compañía toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave, la compañía puede reclamar los daños y perjuicios que le cause esta falta de información.

En caso de que existan contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores, la comunicación del siniestro debe hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás.

2. Subrogación

La compañía, una vez pagada la indemnización, puede ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, o contra otros aseguradores, si los hay, hasta el límite de la indemnización, siendo el asegurado responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar a la compañía en su derecho a subrogarse.

Sin el consentimiento de la compañía, el asegurado no puede renunciar a hacer valer cualquier cláusula contractual que limite o excluya su propia responsabilidad frente a terceros, bajo pena de pérdida de sus derechos en caso de siniestro.

3. Repetición

La compañía puede repetir contra el asegurado por el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus derechohabientes, cuando el daño o perjuicio causado a terceros se deba a conducta dolosa del asegurado.

La compañía podrá, igualmente, reclamar al tomador y/o asegurado para exigirles el reintegro de las indemnizaciones que ha tenido que satisfacer a terceros perjudicados por siniestros no amparados por la póliza o de las franquicias establecidas en las Condiciones Particulares.

4. Prescripción

Las acciones que se derivan del contrato de seguro prescriben en el término de dos años.

X. Regulación legal

Quejas y reclamaciones

Las quejas y reclamaciones pueden dirigirse al Servicio de Defensa del Cliente de la Compañía, conforme al procedimiento que establece el Reglamento para la Defensa del Cliente dispuesto por la compañía y que se encuentra disponible en nuestra página web www.zurich.es/defensacliente. Este Reglamento se ajusta a los requerimientos de la Orden Ministerial ECO 734/2004 y aquellas normas que la sustituyan o modifiquen.

El Servicio para la Defensa del Cliente regulado en dicho Reglamento dictará resolución dentro del plazo máximo señalado en este último, a partir de la presentación de la queja o reclamación. El reclamante puede, 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.

Protección de datos personales

Responsable del tratamiento de los datos: Zurich Insurance Europe AG, Sucursal en España (“la compañía o aseguradora”)

Finalidades y destinatarios del tratamiento de los datos:

1. En la póliza:

Para la ejecución del contrato de seguro, la aseguradora se encuentra sujeta a la normativa propia de seguro y, en tal condición, actúa como responsable del tratamiento. Asimismo, el tomador, en lo que respecta a su propia actividad, puede actuar también como responsable de tratamiento.

Finalidades del tratamiento de los datos personales en la póliza:

Para gestionar el contrato: los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de Zurich Insurance Europe AG, Sucursal en España, y de su matriz Zurich Insurance Europe AG, con la finalidad de celebrar el contrato, la perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro, así como para estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro, reaseguro, en su caso, y, por parte de la matriz, para 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.

2. Datos personales del representante (persona física) de la persona jurídica

El representante (persona física) de cada una de las partes queda informado por esta cláusula de que sus datos personales facilitados para ejecutar este contrato de seguro serán tratados por la otra con la finalidad de gestionar la relación contractual.

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 esta 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 se comunicarán a terceros, salvo, en su caso, para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en la normativa aplicable.

3. Datos de terceros (colectivos o cuando se incluyan listados con datos personales de personas físicas)

En aquellos casos en los que la póliza la formalice el tomador en beneficio de un tercero, el tratamiento de los datos de los asegurados/beneficiarios, incluidos los de salud si los hay, están legitimados por la existencia de una relación contractual que los hace necesarios para la formalización del contrato.

En este caso, el tomador/asegurado, asume contractualmente la obligación de informar a dichos terceros sobre el tratamiento de sus datos personales que hace la aseguradora y, en su caso, debe facilitar a la aseguradora el boletín de adhesión debidamente firmado; todo ello siguiendo el mismo procedimiento que se establece en el Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras en lo relativo a la información previa de seguros. Para más información, consulten el apartado Información adicional.

Derechos e Información adicional

Derechos: el titular de los datos personales (en caso de que sea persona física) y el interesado y el representante (en caso de que sea persona jurídica) tienen derecho a acceder, rectificar, oponerse y suprimir los datos personales, así como otros derechos, tal y como se explica en Información adicional.

Información adicional: puede consultar la información adicional en www.zurich.es/rqpd.

Especialidades en quejas y reclamaciones por Comunidades Autónomas

Zurich, además de las oficinas abiertas en las distintas Comunidades Autónomas, dispone de una dirección física para todos los consumidores y usuarios, situada en Paseo de la Castellana, 81, de Madrid, donde pueden ser atendidos sobre cualquier queja o reclamación que planteen sobre sus seguros. También dispone del servicio telefónico gratuito de atención de quejas y reclamaciones 900 110 770 para los consumidores y usuarios.

Aplicación del orden público internacional

Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no puede considerarse que el asegurador de cobertura haga 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 pueda 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, sobrepase el plazo máximo previsto para el cumplimiento de determinadas obligaciones, estas no devengarán intereses de demora.

Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no puede considerarse que el asegurador de cobertura haga pagos o preste algún servicio o beneficio a favor de cualquier asegurado o tercero mientras esa cobertura, pago, servicio o beneficio tenga relación con “negocio en Irán”.

El Término “negocio en Irán” incluye, pero no está limitado a, cualquier actividad, transacción, operación, subsidiaria, sucursal, producto, bien, persona física o jurídica, directa o indirectamente relacionada con Irán, o trasladándose a, desde o por el territorio de Irán, o por cualquier persona residente en Irán o por una entidad sujeta a la legislación Iraní, o cualquier entidad controlada o que sea propiedad de alguno de los anteriores.

Normativa SEPA (Single European Payment Area)

El tomador/asegurado, al facilitar los datos bancarios para el pago de la prima del seguro o, en su caso, para el recobro de franquicias, consiente y autoriza que su importe sea cargado en la cuenta que se facilita y se recoge en este documento o en aquel que se comuniqué a la entidad aseguradora con tal finalidad y durante la vida del contrato.

En el supuesto de que el tomador/asegurado no sea el titular de la cuenta facilitada, este asegura que ha obtenido la autorización del titular a tales efectos.

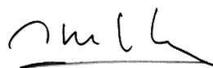
XI. Cláusula final: aceptación íntegra del contrato

Las partes reconocen que las condiciones económicas de esta póliza han sido establecidas teniendo en cuenta los términos y limitaciones convenidos, particularmente en lo que refiere al objeto de cobertura del seguro, ámbito temporal de cobertura, límites de indemnización y franquicias, así como exclusiones y otras estipulaciones. Si se hubiera pretendido extender las garantías a otros ámbitos, bien el contrato de seguro no hubiera sido suscrito, o bien tanto las condiciones del riesgo a cubrir como las primas asignadas hubieran alcanzado un nivel más gravoso. Por ello, mediante el abono de la prima convenida, el Tomador presta su consentimiento al contrato de seguro y reconoce haber examinado la totalidad de las cláusulas contenidas en la presente póliza y mostrarse plenamente conforme con cada una de las mismas.

Madrid, a 01/01/2025

El tomador

Zurich Insurance Europe AG, Sucursal en España



Vicente Cancio
Director General
Zurich Insurance Europe AG. Sucursal en España

Zurich Insurance Europe AG, 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

X @zurichseguros

zurichseguros

f ZurichSegurosES

in Zurich Insurance Company Ltd

Zurich Seguros

d @zurichseguros

