

Condicionado
General

Colectivo de Accidentes

BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS

Fundada en 1918.

Capital suscrito y totalmente desembolsado: 28.008.521,03 euros (2004).

Domicilio social: Paseo del Puerto, 20-48992 NEGURI-GETXO.

Reservas íntegras en España.

Inscrita en el Registro Mercantil de Bilbao, hoja 2.436, folio 103, tomo 55,

Libro de Sociedades.

C.I.F. A-48/001648

CONDICIONES GENERALES

El presente Contrato de seguros se rige por la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre), por la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 9 de Noviembre) y por lo convenido en estas Condiciones Generales y en las Particulares del mismo.

ÍNDICE

Concepto	Artículo
– Definiciones	Preliminar
– Objeto del Seguro	1
– Riesgos excluidos	2
– Personas no asegurables	3
– Perfección y efectos del Contrato	4
– Extensión del Seguro	5
– Garantías del Seguro	6
– Bases del Contrato	7
– Duración del Contrato	8
– Pago de la prima	9
– Declaraciones sobre el riesgo	10
– Siniestros:	
• Deber de información	11
• Pago de las indemnizaciones	12
• Rescisión	13
• Evaluación invalidez	14
– Subrogación	15
– Prescripción, arbitraje y jurisdicción, y comunicaciones	16 al 18
– Indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España	19
– Cláusulas:	
• Revalorización automática de capitales	CLAUSULA 1
• Riesgo de aviación	CLAUSULA 2
• Fraccionamiento de pago de primas	CLAUSULA 3

ARTÍCULO PRELIMINAR

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. **ASEGURADOR: Bilbao, Cía. Anónima de Seguros y Reaseguros**, la cual asume el riesgo contractualmente pactado.
2. **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que de la misma se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
3. **ASEGURADO:** La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.
4. **BENEFICIARIO:** La persona física o jurídica titular del derecho a la indemnización, coincidiendo en la cobertura de invalidez con el Asegurado.
5. **POLIZA:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
6. **PRIMA:** Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
7. **SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de la indemnización del Asegurador.
8. **ACCIDENTE:** Se entiende por accidente, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal, o permanente, o muerte.

Artículo 1. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal tanto en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada de acuerdo con la definición del artículo preliminar.

Se considerarán asimismo accidentes:

- a) Los atentados contra el Asegurado; los daños causados por el rayo, quemaduras, descargas eléctricas,

cas, mordeduras de animales o picaduras de insectos, así como el caso de rabia producida a consecuencia de las mismas; asfixia involuntaria por inhalaciones repentinas de gases o vapores tóxicos; las inoculaciones infecciosas que puedan sobrevenir a los cirujanos y practicantes en operaciones quirúrgicas, de autopsia, anatómicas o en trabajos de desinfección; los daños que sobrevengan al Asegurado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes, y los desgarros de músculos, siempre y cuando sean causados por un esfuerzo súbito y extraordinario.

- b) La asfixia por inmersión involuntaria en el agua, ya sea debido a una caída o sobrevenida con motivo de una excursión de embarcación. Si la asfixia por inmersión sobreviene con ocasión de un baño o ejercitando la natación, aquella no se considerará accidente salvo que resulte como consecuencia de una lesión corporal comprendida en el seguro.
- c) La infección o el envenenamiento de la sangre, siempre que sean consecuencia directa de lesiones amparadas por el seguro.
- d) Las lesiones producidas durante la práctica, como aficionado de los siguientes deportes: fútbol, baloncesto, balonmano, tenis, pelota a mano, caza, esgrima, gimnasia y excursiones de montaña, siempre que en éstas se sigan caminos bien trazados o por terrenos que no ofrezcan dificultad, y cualquier otro deporte de similar riesgo.

Artículo 2. RIESGOS EXCLUIDOS

2.1. No tendrán la consideración de accidentes:

- a) Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza, incluidas las hernias, los reumatismos y los infartos de miocardio (salvo pacto en contrario).
- b) Las consecuencias de los efectos de la temperatura, salvo que la exposición a ella esté motivada por un accidente.
- c) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.
- d) Los envenenamientos orgánicos e inorgánicos así como las consecuencias de simples esfuerzos o excesos de trabajo.

2.2. No estarán amparados por las coberturas de los riesgos de accidentes:

- a) Los accidentes que sobrevengan en estado de perturbación mental, de embriaguez, en desafío o riña, en suicidio o tentativa del mismo.
- b) Los accidentes que pudieran producirse en ascensiones o viajes submarinos, aeronáuticos, vuelos de ala delta o similares y paracaidismo.
- c) Los accidentes sobrevenidos durante la práctica como profesional de cualquier deporte y como aficionado de los siguientes: pesca submarina con bombonas de oxígeno, espeleología, boxeo, ascensiones a altas montañas y escalada, cacerías a caballo, polo a caballo, paracaidismo, automovilismo y deportes de similar riesgo.
- d) Los daños y pérdidas que sean indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros, conforme a lo establecido en el artículo 19.
- e) Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros, no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho Organismo.
- f) Hechos derivados de conflictos armados haya o no mediado declaración oficial, levantamientos populares o militares, insurrección, rebelión, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.
- g) Los daños y lesiones ocasionados directamente por los efectos mecánicos, térmicos y radioactivos, debido a reacciones o transmutaciones nucleares, cualquiera que sea la causa que las produzca.

2.3. Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumpli-

miento de su obligación. En el caso de que la intencionalidad sea imputable al Beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor, y la indemnización corresponderá al Tomador o, en su caso, a los herederos legales de éste.

Artículo 3. PERSONAS NO ASEGURABLES

Las personas menores de 14 años y mayores de 65 años.

El Asegurador se reserva la facultad de anular el presente seguro tan pronto como el Asegurado haya cumplido la edad de sesenta y cinco años.

Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica y, en general cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que a juicio del Asegurador disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

Artículo 4. PERFECCION Y EFECTOS DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza 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 Condiciones Particulares.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

Artículo 5. EXTENSION DEL SEGURO

Las garantías de esta póliza se extienden a cualquier parte del mundo, y durante las veinticuatro horas del día.

Artículo 6. GARANTIAS DEL SEGURO

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican:

- 6.1. La muerte, consecuencia directa de un accidente, ocurrida inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.

6.2. La invalidez permanente, total o parcial, consecuencia directa de un accidente **ocurrida inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.**

- a) Será considerada invalidez permanente total y, por tanto satisfecha al Asegurado la integridad del capital garantizado, en los siguientes casos: pérdida de ambos brazos o ambas manos, de ambas piernas o de los pies, de un brazo o de una mano conjuntamente con la de una pierna o de un pie, ceguera absoluta, parálisis completa, y enajenación mental incurable y absoluta.
- b) En caso de invalidez permanente parcial, se fijará la indemnización a percibir por el Asegurado con arreglo a los siguientes tantos por ciento del capital garantizado para el caso de invalidez total.

Extremidades superiores:

Pérdida total del brazo o de la mano	60
Pérdida total del pulgar y del índice	30
Pérdida total de tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice	30
Pérdida total de tres dedos, no comprendiendo ni el pulgar ni el índice	25
Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	25
Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	20
Pérdida total del pulgar	20
Pérdida total del índice	15
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique	7
Pérdida total de dos de estos últimos dedos . . .	10
Pérdida total de una falange del dedo pulgar . . .	5
Pérdida total de cuatro falanges entre otros dedos	7

Extremidades inferiores

Pérdida total de una pierna	50
Pérdida total de un pie	40
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10
Pérdida total de otro dedo del pie	3
Amputación parcial del pie, comprendiendo todos los dedos	30

Fractura no consolidada de una pierna o de un pie	30
Fractura no consolidada de una rótula	20
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20
Acortamiento de más de 5 centímetros de un miembro inferior	15

Otras invalideces:

Ablación de la mandíbula inferior	30
Pérdida total de un ojo	30
Pérdida de la mitad de la visión binocular	25
Sordera de ambos oídos	60
Sordera de un solo oído	15
Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz	25
Fractura no consolidada de la mandíbula inferior	15
Grandes pérdidas óseas en el cráneo	15

Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados en el cuadro sea sólo parcial, se fijará la indemnización reduciendo proporcionalmente el grado de invalidez que sufra, de la tasa señalada para la pérdida total. La Impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida del mismo.

En los casos no enumerados aquí, así como cuando se trate de pérdidas o parálisis parciales, la indemnización se fijará en proporción a su gravedad comparándola con la de los casos previstos.

6.3. En caso de incapacidad temporal para el trabajo a consecuencia de un accidente garantizado, el Asegurador abonará al Asegurado, **a partir del día siguiente a aquél en que haya empezado el tratamiento médico, por un máximo de trescientos sesenta y cinco y por un mismo accidente:**

- a) La cantidad total convenida para la indemnización diaria, durante el tiempo que el Asegurado esté imposibilitado en absoluto para la profesión declarada en el Cuestionario-Solicitud.
- b) **La mitad de dicha cantidad desde el momento en que el Asegurado pueda dedicarse a una parte de su profesión u ocupación habitual. De tratarse de un Asegurado**

que no ejerza profesión alguna, quedará reducida a la mitad la cuota diaria tan pronto como el mismo pueda abandonar su habitación.

6.4. La asistencia médica, farmacéutica y clínica que el Asegurado requiera para la curación de accidentes amparados en esta póliza, a condición de que los médicos y establecimientos de cura sean sometidos a la aprobación del Asegurador. Dicha aprobación se entenderá tácita mientras no se pronuncie en sentido contrario.

El pago de dichas asistencias a cargo del Asegurador tendrá la duración máxima de un año y como cuantía máxima la que se haya pactado en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante, el Asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia con independencia de quien la preste.

Artículo 7. BASES DEL CONTRATO

Las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, así como la presente póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para su formalización a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará en lo dispuesto en la póliza.

Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

Artículo 8. DURACION DEL CONTRATO

El presente contrato se realiza por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de la póliza, las cuales no podrán fijar un plazo superior a diez años, y en las que se determina la fecha y hora en que entran en vigor las garantías contratadas, una vez que dichas Condiciones Particulares hayan sido firmadas por ambas partes.

A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza y hasta tanto que una de las partes contratantes comunique a la otra, por escrito que se cursará por lo menos con dos meses de antelación a la fecha de dar comienzo a cada prórroga anual, su deseo de no mantener vigente el seguro, la póliza se entenderá prorrogada por el plazo no superior a un año, y así sucesivamente a la expiración de cada período, salvo pacto en contrario.

Artículo 9. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en los correspondientes vencimientos.

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, salvo pacto en contrario.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

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

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Artículo 10. DECLARACION, AGRAVACION Y DISMINUCION DEL RIESGO

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. **El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine**, sin que el Asegurador pueda reducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si el Asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de no aceptar el Asegurador la agravación de riesgo a que hace referencia el párrafo anterior, el Tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha incluida en la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo, salvo pacto en contrario.

Artículo 11. DEBER DE INFORMACION

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario. El incumplimiento de este deber dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

En todos los casos el Tomador del seguro o el Asegurado deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida de derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

Una vez producido el siniestro y en el plazo de cinco días, a partir de la notificación del mismo, el Asegurado o el Tomador deberá comunicar por escrito al Asegurador la estimación de los daños causados.

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el Tomador del seguro o el Asegurado deberá:

- a) Dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.
- b) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzcan el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.
- c) Poner en conocimiento del Asegurador, dentro del plazo máximo de 7 días, cuando sobreviniera la muerte durante el período de curación.

Artículo 12. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el Asegurador pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley, la prestación contratada.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la invalidez permanente.

Para obtener el pago el Beneficiario deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación:

a) Fallecimiento.

Partida de defunción del Asegurado, certificado del médico que últimamente le asistiese, en el que se detallará el historial y la naturaleza del accidente que hubiera ocasionado la muerte, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

b) Invalidez Permanente.

Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

c) Incapacidad Temporal.

Partes de alta y baja que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

d) Gastos Médico-Farmacéuticos.

Una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

En cualquier supuesto el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas; igualmente una vez que obre en poder del Asegurador los documentos que se solicitan para cada una de las coberturas, éste abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

Si no existiera Beneficiario expreso y para los casos en que éste no sea el Asegurado mismo, el capital asegurado será satisfecho, por orden preferente y excluyente, como sigue:

- Cónyuge del Asegurado.
- Hijos del Asegurado.
- Padres del Asegurado.
- Herederos legales del Asegurado.

El Asegurador no quedará vinculado por ninguna designación o modificación de Beneficiarios de la que no tenga conocimiento expreso y anterior a la fecha de fallecimiento del Asegurado.

Artículo 13. RESOLUCION DEL CONTRATO EN CASO DE SINIESTRO

1. El Tomador del seguro o el Asegurador podrán resolver el contrato, antes de su vencimiento, con posterioridad al acaecimiento de un siniestro, haya o no dado éste lugar a pago de indemnización.
2. La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificársela a la otra, por carta certificada cursada dentro del plazo de **treinta días** desde el pago de la indemnización o efectuada la prestación, si hubiera dado lugar a ella, o desde la fecha de comunicación del siniestro en caso contrario. Esta notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de **treinta días** a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.
3. Resuelto el contrato, el Asegurador deberá reintegrar al Tomador del seguro o al Asegurado la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.
4. En caso de que el Asegurado sea persona distinta del Tomador del seguro, el Asegurador le comunicará el efecto de la resolución del contrato de seguro con una antelación mínima de quince días de la fecha de la misma, pudiendo aquél impedir la resolución del contrato cumpliendo los siguientes requisitos.
 - Comunicárselo por escrito al Asegurador antes de que la resolución tome efecto.
 - Satisfacer el importe la parte de prima indicada en el punto 3 de este artículo, y
 - Adquirir la condición del Tomador del seguro sustituyendo al anterior.

5. La resolución del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en los apartados anteriores de este artículo no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros **ocurridos**.

Artículo 14. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACION DEL GRADO DE INVALIDEZ

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida si su naturaleza así lo permitiera.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo doce, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito, de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo doce, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley de Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Artículo 15. SUBROGACION

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.** En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Artículo 16. PRESCRIPCION

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

Artículo 17. ARBITRAJE Y JURISDICCION

1. Si las partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.
2. Si cualquiera de ellas o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los Organos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado

que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

Artículo 18. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la póliza, o, en su caso, a través del agente, si es afecto representante.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y Beneficiario, se realizarán a domicilio de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio. Las comunicaciones hechas por un agente libre al Asegurador en nombre del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

El pago de primas que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Artículo 19. INDEMNIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, texto refundido aprobado por el Real Decreto legislativo 7/2004, de 29 de Octubre (B.O.E. - 05/11/2004) el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto legal, 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 también los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el asegurado hubiese satisfecho, a su vez, 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 (Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal), o porque, hallándose la Entidad aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 (modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, y por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. *Acontecimientos extraordinarios cubiertos*

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- 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 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.

2. **Riesgos excluidos**

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- 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.
- 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, 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**

El Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de periodo de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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

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 deberán comunicar, dentro del plazo máximo 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, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará 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 siguiente documentación:

a) **Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:**

- Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro de las lesiones producidas por éste.

b) **Muerte:**

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a prima comercial y al recargo pagado al Consorcio Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este últi-

mo, declaración de herederos o acta de notoriedad.

- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

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.

CLAUSULAS

Serán de aplicación, única y exclusivamente, cuando figuren en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA 1

REVALORIZACION AUTOMATICA DE CAPITALES MEDIANTE INDICE FIJO O VARIABLE

Si así se pactaran en las Condiciones Particulares, los capitales asegurados de la póliza quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, con el índice que figure en dichas Condiciones Particulares, pudiendo el Tomador del Seguro optar por la aplicación de un incremento fijo de revalorización, o bien, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística en su Boletín mensual o del último índice corregido para las anualidades sucesivas.

A) GARANTIA DE INDICE VARIABLE

- 1) **Revalorización automática de garantías:** Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán modificados en cada vencimiento anual siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística en su Boletín Mensual.
- 2) **Determinación de capitales y de primas:** Los nuevos capitales revalorizados, así como la nueva prima neta anual, serán los resultantes de multiplicar los que figuran en la Póliza por el porcentaje de incremento sufrido por el Índice General de Precios al Consumo durante la última anualidad de seguros. El porcentaje de incremento constará en los recibos que se facturan al Tomador del seguro. El factor que así se obtenga, junto con el índice de vencimiento,

constarán en el recibo que se gire anualmente al Tomador del seguro. El índice base constará en las Condiciones Particulares.

B) GARANTIA DE INCREMENTO FIJO

Determinación de capitales y primas: Los nuevos capitales revalorizados, así como la nueva prima neta anual, quedarán modificados en cada vencimiento anual, y serán los resultantes de incrementar los existentes en la anualidad inmediatamente anterior, con el porcentaje indicado en póliza.

El porcentaje de incremento constará en los recibos que se facturen al tomador del seguro.

C) VIGENCIA DE LA GARANTIA

El Tomador del Seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta Certificada, por lo menos con tres meses de Antelación al vencimiento.

CLAUSULA 2

COBERTURA COMPLEMENTARIA DEL RIESGO DE AVIACION

En aclaración, ampliación, modificación y, si preciso fuere, derogación de lo que al respecto se establece en las Condiciones Generales de la póliza, se hace expresamente constar:

EXTENSION: Los efectos del seguro se extienden a cualquier parte del mundo.

COBERTURA DEL RIESGO DE AVIACION EN POLIZAS ORDINARIAS DE ACCIDENTES INDIVIDUALES, ACUMULATIVAS DE EMPRESA, TANTO ANUALES COMO DE PERIODOS CORTOS.

Se garantizan, complementariamente a las coberturas contratadas en la presente póliza, los accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre que ocupe plaza como pasajero en las aeronaves que más adelante se especifican y con los mismos límites geográficos y capitales en Muerte, Invalidez Permanente, Incapacidad temporal y Asistencia Sanitaria, que los cubiertos en esta Póliza.

Los límites máximos para una o varias pólizas emitidas por una o varias Asociadas serán los siguientes:

– Por siniestro	Euros	6.010.121,04
– Por persona:		
Muerte	Euros	601.012,10
Invalidez Permanente	Euros	601.012,10
Invalidez Temporal	Euros	16,47
		diarias por 365 días
Asistencia Sanitaria	Euros	6010,12

En caso de superarse en un siniestro el capital máximo de 6.010,12 euros, se reducirán proporcionalmente, los capitales suscritos por cada asegurado.

La presente Cláusula de ampliación de cobertura no es compatible con las garantías cubiertas por la póliza base, no pudiendo por tanto el Asegurado ser indemnizado por ambas.

Comienza el riesgo en el momento en que el Asegurado pone el pie en la escalerilla del avión para emprender un vuelo y termina en el momento que pise tierra una vez rendido el viaje.

Esta cobertura se garantiza en los siguientes medios de transporte:

- Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.
- Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- Aparatos de transportes de pasajeros que pertenezcan al Estado español u Organismo Oficial y que igualmente tengan más de un motor.
- En caso de Invalidez Permanente causada al Asegurado por un accidente de aviación cubierta por esta garantía complementaria, la indemnización deberá sujetarse al cuadro siguiente de invalideces, en lugar del reseñado en la póliza base.
- Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo 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 completa de la visión de un ojo 30%
- Sordera completa 60%
- Sordera completa de un oído 15%

Pérdida o inutilización absolutas	Dcho.	Izdo.
– Del brazo o la mano	60%	50%
– Del dedo pulgar	22%	18%
– Del dedo índice	15%	12%
– De uno de los demás dedos de la mano	8%	6%
– De una pierna a la altura de la rodilla		50%
– De una pierna a la altura de abajo de la rodilla		40%
– Del dedo gordo de un pie		8%
– De uno de los demás dedos de un pie		3%

Las invalideces no especificadas anteriormente serán indemnizadas en proporción a la gravedad, comparándola a la de los casos ya enumerados.

Este cuadro sustituye y reemplaza en cuanto a la reparación de las consecuencias de los accidentes de aviación, al que figura en las Condiciones Generales y/o Particulares de la Póliza.

EXCLUSIONES

- **Todos los asegurados que normalmente viajen formando grupo (equipos deportivos, masas corales, etc..)**
- **Los profesionales de aviación y/o toda persona cuando realice alguna misión a bordo pilotos,**

mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc., y en las aeronaves de Estado los militares en acto de servicio en las mismas.

- **Personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.**

RIESGOS ATOMICOS

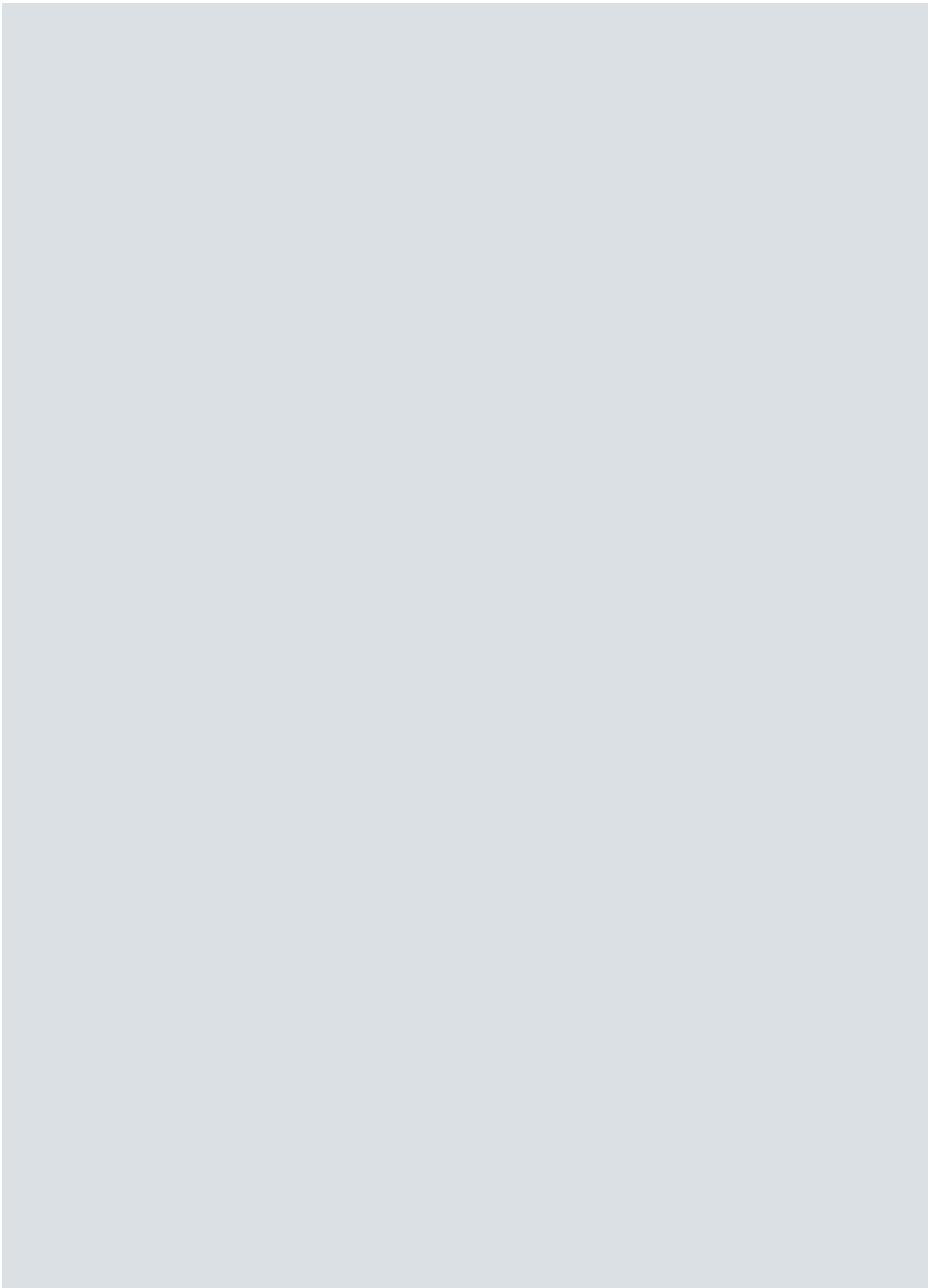
La presente póliza no garantiza los accidentes ocasionados directa o indirectamente por reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.

CLAUSULA 3

FRACCIONAMIENTO DE PAGO DE PRIMAS

Si se pacta el fraccionamiento del pago de primas, de común acuerdo entre las partes contratantes se conviene que, para el pago de la prima anual en períodos simes-trales o trimestrales, se aplicarán las siguientes normas:

1. La liquidación de la prima correspondiente al Con-sorcio se hará por su totalidad en el primer recibo de cada anualidad.
2. En caso de que, por causas ajenas a la voluntad de el Asegurador, la anulación de la póliza tuviera efec-to antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el Contratante vendrá obligado a satisfacer la parte de prima que falte para completar el importe de la prima anual.





Paseo del puerto, 20
48992 Getxo - Vizcaya
www.segurosbilbao.com