

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE ACCIDENTES

ACCIDENTES INDIVIDUAL PLUS

II.1.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad SEGUROS PLUS ULTRA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U., tiene su domicilio en Madrid c/ Plaza de las Cortes, nº 8, siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, y demás legislación aplicable, así como por lo expresamente pactado en el contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, siendo las instancias de reclamación y resolución de conflictos las siguientes:

- Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros, a través de su web en Internet: www.plusultra.es, donde podrá consultar el Reglamento para la Defensa del Cliente por el que regula la interposición, preferentemente por medios telemáticos, de las quejas y reclamaciones contra la Compañía.
- Defensor del Cliente (DC) de Plus Ultra Seguros, que atenderá en segunda instancia cuantas quejas y reclamaciones se les formule de acuerdo con lo previsto en el citado Reglamento para la Defensa del Cliente
- Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe de los Planes de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros y posteriormente, su reproducción ante el Defensor del Cliente (DC) de la Compañía.
- Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado.

II.2.- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Compañía privada de Derecho Español, con domicilio social en España Plaza de las Cortes, 8 – 28014 – MADRID, como la entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, correspondiendo a la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda el control y supervisión de la actividad aseguradora.

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

ASEGURADO: La persona o personas sobre las cuales se establece el seguro.

BENEFICIARIO: La persona, física o jurídica, titular del derecho a la indemnización.

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

PRIMA: El precio del seguro. EL recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA: La cantidad fijada respecto de cada una de las garantías cubiertas por la póliza, y que constituye el límite máximo de indemnización en caso de siniestro.

ACCIDENTE: La lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca incapacidad temporal o invalidez permanente o muerte.

MUERTE: El acontecimiento accidental cuya consecuencia sea la pérdida de la vida del Asegurado.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: La pérdida orgánica o funcional de los miembros o facultades del Asegurado cuya recuperación no sea previsible y le incapacite para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL: La pérdida de algunos de los miembros o la disminución funcional de los mismos que, sin constituir una invalidez total, represente una merma física permanente.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado que le imposibilite para el desarrollo de sus funciones habituales durante un período determinado de tiempo, al término del cual el Asegurado quede totalmente curado de la misma.

ASISTENCIA SANITARIA: El pago de los honorarios médicos, gastos sanatoriales y farmacéuticos ocasionados por un accidente.

FRANQUICIA: Cantidad o porcentaje previamente pactado que será soportado en cada siniestro por el Asegurado.

II.3.- EXTENSIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 1.º 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, indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, como en su vida privada, de acuerdo con la definición de accidente del apartado II.2.- Definiciones

No obstante, si la cobertura se limita al riesgo profesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes sufridos con ocasión o como consecuencia del ejercicio de la profesión declarada. Si, por el contrario, la cobertura se limita al riesgo extra-profesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes que no puedan ser conceptuados como riesgo profesional.

ARTÍCULO 2.º ACCIDENTES OBJETO DE LA GARANTÍA

Están especialmente comprendidos en el seguro los accidentes ocurridos a consecuencia de las siguientes causas:

1. Los accidentes derivados del uso por el Asegurado, como conductor o pasajero, de automóviles, bicicletas, ciclomotores **y motocicletas de cilindrada igual o inferior a 75 centímetros cúbicos.**

Si así se pactara de forma expresa, se podrán garantizar los accidentes derivados del uso de motocicletas de cilindrada superior a 75 centímetros cúbicos.
2. Los que resulten de la utilización por el Asegurado, como pasajero, de los medios de transporte público de viajeros siguientes:
 - a) Por vía terrestre, férrea o fluvial.
 - b) Por vía marítima, **bajo la única condición de que la travesía se realice en un barco que efectúe un servicio regular de viajeros.**
 - c) Asimismo quedan garantizados los accidentes que resulten del uso por el asegurado de un medio de transporte aéreo de conformidad con los establecido en el apartado "Extensión cobertura del Riesgo de Aviación" indicado al final de estas Condiciones Generales.
3. Los accidentes ocurridos en el curso de intento de salvamento de personas o bienes.
4. Las agresiones no provocadas por el Asegurado y los accidentes ocurridos en caso de legítima defensa.
5. Los accidentes sufridos como consecuencia de la práctica por el Asegurado, **únicamente en calidad de amateur y con fines de distracción**, de actividades deportivas, **quedando excluidas aquellas señaladas en el Artículo 4º, apartado 2.a)**, que sólo podrán incluirse mediante pacto expreso en Condiciones Particulares.
6. Los accidentes causados por rayo, incendio, electricidad, quemaduras.
7. Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; sólo cuando el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.
8. La asfixia por inmersión o por escape de gas o vapores tóxicos.
9. La ingestión, por error o acto criminal de terceros, de productos tóxicos o corrosivos, **excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes o alucinógenos.**
10. Los casos de rabia o carbunco a consecuencia de mordeduras de animales o picaduras de insectos; las mordeduras de serpientes.
11. Las consecuencias fisiológicas de operaciones quirúrgicas, a condición de que hayan sido originadas por un accidente garantizado.
12. Los accidentes ocurridos en el Servicio Militar, prestación civil sustitutoria o durante períodos militares de instrucción; todos ellos realizados en tiempo de paz y en el territorio español. Se exceptúan los siguientes casos:
 - **Prestación del Servicio Militar en aeronáutica y paracaidismo**
 - **Los ocurridos en maniobras militares.**

- **Los ocurridos en el empleo de tropas en el mantenimiento o restablecimiento del orden público o formando parte de fuerzas de interposición o de ayuda en conflictos de países extranjeros, exista o no previa declaración de guerra.**
- 13. Tendrán consideración de accidente la Meningitis proveniente de traumatismo craneo-encefálicos abiertos; la Encefalitis proveniente de vacunación de Polio, Difteria o Sarampión; el Tétanos proveniente de heridas por accidente.
- 14. Se consideran accidente las torceduras, esguinces, distensiones y/o esfuerzos causados por **tensiones musculares repentinas derivadas de causa accidental y externa.**

ARTÍCULO 3.º EXTENSIÓN TERRITORIAL

1. Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo. Para los siniestros ocurridos en el extranjero las indemnizaciones se abonarán al Asegurado o Beneficiario en España.
2. Para la garantía de Asistencia Sanitaria, con respecto a los accidentes ocurridos en el extranjero, se entenderá siempre aplicable el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares, pero en el caso de países extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea, no se podrá sobrepasar en ningún caso la cantidad de 3.005,06 - euros. En el caso de concurrencia de esta garantía de Asistencia Sanitaria con la de Asistencia en Viaje, el capital asegurado corresponderá a la de esta última garantía, estableciéndose el límite máximo de 3.305,57 euros.
3. Las indemnizaciones serán abonadas al Asegurado o Beneficiario en España y en moneda española, al tipo de cambio oficial vigente en el momento en que el derecho de reembolso se hubiera producido, y contra entrega de los justificantes que proceda en cada caso.

ARTÍCULO 4.º EXCLUSIONES

Las exclusiones que se citan a continuación serán de aplicación salvo que se pacte expresamente su inclusión y así se haga constar en las Condiciones Particulares.

1. PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

- a) **Por imperativo legal, las personas menores de 14 años no podrán ser asegurados para el riesgo de muerte, salvo en concepto de gastos de sepelio.**
- b) **Los mayores de 70 años.**
- c) **Las personas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, viriasis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, sida, ceguera, fuerte miopía (de más de 10 dioptrías), sordera bilateral, enfermedad de la médula espinal, diabetes (salvo lo previsto en el párrafo siguiente) o de otras enfermedades de análoga gravedad no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación;** devolviendo el Asegurador al Tomador del seguro la parte de prima por el período de seguro no transcurrido.

Será válida la garantía de Fallecimiento e Invalidez Permanente para las personas afectadas de **diabetes mellitus**, siempre y cuando **la tasa de glucosa en la sangre no supere los 200 mg. por decilitro.**

2. RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

- a) **Los accidentes que sufra el Asegurado practicando:**
 - **Boxeo, judo, artes marciales y deportes similares.**
 - **Paracaidismo, aeroestación, parapente, ala delta, vuelo sin motor, puenting.**
 - **Rugby, hockey sobre hielo.**
 - **Buceo deportivo con escafandra autónoma y pesca submarina, navegación a vela en mar a más de cinco millas de la costa. Motonáutica, cuando la embarcación pueda alcanzar una velocidad superior a veinte nudos.**
 - **Espeleología, alpinismo y montañismo con paso en cordada o practicables solo con ayuda de un equipo especial.**
 - **Esquí y deportes de invierno.**
 - **En general, cualquier deporte o actividad recreativa de características similares a las descritas o cuya peligrosidad sea notoriamente elevada.**
- b) **Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte como profesional, así como la participación en todo tipo de competiciones deportivas, pruebas y concursos o en sus ensayos preparatorios cuyo objetivo sea la consecución de premio.**
- c) **Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.**
- d) **El aneurisma, ataques de parálisis o apoplejía no traumáticos.**

- e) Derrames cerebrales, infarto de miocardio, angina de pecho y sus consecuencias, aún cuando fueran declarados accidentes por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales.
 - f) Hernias de cualquier clase que afecten a paredes abdominales o a discos intervertebrales, así como reumatismos, varices y eczemas.
 - g) Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.
 - h) Los accidentes que se deban a una enfermedad o estado patológico preexistente, así como las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.
 - i) Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.
 - j) Toreo y encierro de reses bravas
 - k) Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.
 - l) El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la automutilación.
 - m) Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente. A estos efectos, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,80 gramos por mil, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
 - n) Los accidentes que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas de cualquier naturaleza, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa, y los que sean consecuencia de imprudencia temeraria o infracciones de reglamentos por el propio Asegurado.
 - o) La intoxicación o envenenamiento accidental producida por la ingestión de alimentos en mal estado.
 - p) Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
 - q) Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra)
 - r) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos); hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular; actuaciones de las Fuerzas Armadas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz, cuyas consecuencias podrán ser indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con la legislación vigente.
- Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a las mismas causas -excepto terremotos (fenómenos de la naturaleza)- no quedarán excluidos siempre que el Asegurado se halle en el país en que ocurran tales hechos con anterioridad al inicio de los mismos, no tome parte activa en los acontecimientos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dichas anómalas situaciones.
- s) Los accidentes ocurridos como consecuencia de la conducción de ciclomotores o motocicletas en caso de que la cilindrada de las mismas fuera superior a 75 centímetros cúbicos, salvo pacto expreso en contrario.

II.3.- NATURALEZA DE LAS INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 5.º ALCANCE DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones correspondientes a las garantías contratadas y con los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El Asegurador indemnizará solamente por las consecuencias naturales, directas y exclusivas, del accidente cubierto por la póliza.

En caso de agravación de las consecuencias del accidente a causa de enfermedad del Asegurado, preexistente o sobrevenida después de ocurrido el accidente, el Asegurador responderá tan sólo de las consecuencias naturales que se hubieran derivado del accidente en caso de no padecer la enfermedad. Corresponderá al facultativo establecer estas circunstancias.

Entre las consecuencias de agravación a causa de enfermedad, expresamente se excluyen las debidas a SIDA y enfermedades tropicales.

II.4.- GARANTÍAS DEL SEGURO

ARTÍCULO 6.º MUERTE

1. Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte del Asegurado inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, e incluso dentro de los doce meses siguientes a dicho plazo cuando se pruebe médicamente que el fallecimiento es consecuencia directa del accidente, el Asegurador pagará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.

- Se podrá anticipar de inmediato a los beneficiarios que justificasen tal condición, si así lo solicitasen, hasta un diez por ciento del capital asegurado, con un límite máximo de 1.202,03 euros, para atender los gastos derivados del fallecimiento, siempre que el Asegurador hubiera podido comprobar de forma fehaciente que el siniestro se encuentra dentro de las coberturas de la póliza.
- Desde la fecha de fallecimiento del Asegurado hasta la fecha de vencimiento anual de la póliza, su cónyuge quedará automáticamente asegurado por un capital idéntico para caso de muerte. Si el cónyuge también figuraba como asegurado en la misma póliza, su capital garantizado en caso de fallecimiento será el que le correspondiera inicialmente más un 50 % del que se garantizaba para el Asegurado fallecido, sin que en ningún caso la suma de ambos capitales pueda exceder de 120.202,42 EUROS.

En ambos casos esta ampliación de coberturas no será de aplicación si los cónyuges fallecieron a consecuencia del mismo accidente. Tampoco será de aplicación si el siniestro inicial fuera indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

ARTÍCULO 7.º INVALIDEZ PERMANENTE

- Tendrá carácter de Invalidez Permanente la pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros u órganos que sea consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto en la póliza, ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, e incluso dentro de los doce meses siguientes a dicho plazo cuando se pruebe médicamente que la invalidez es consecuencia directa del accidente.

Cuando el accidente produzca una Invalidez Permanente en el Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización dentro del límite de la suma garantizada para este caso en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este artículo y en base a los porcentajes indicados en el Baremo de Invalidez.

BAREMO DE INVALIDEZ

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

Opción A

– Enajenamiento mental, incurable y total	100 %
– Ceguera absoluta	100 %
– Parálisis completa	100 %
– Pérdida total del uso de dos miembros.....	100 %

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

a) Cabeza y columna vertebral

– Sordera completa e incurable	40 %
– Ablación mandíbula inferior	30 %
– Pérdida total de la visión de un ojo	25 %
– Fractura o luxación de la columna vertebral con rigidez raquídea cervical o importantes desviaciones pronunciadas de origen traumático	25 %
– Sordera completa de un oído.....	10 %

b) Miembros superiores

– Pérdida total de un brazo o de una mano	60 %
– Fractura no consolidada del húmero	25 %
– Fractura no consolidada del antebrazo	25 %
– Pérdida total de los movimientos:	
– Del hombro	25 %
– Del codo	20 %
– De la muñeca	20 %
– Pérdida total del pulgar y el índice	35 %
– Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25 %
– Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20 %
– Pérdida total del índice sólo, o de dos dedos	15 %
– Pérdida total del dedo medio o anular o meñique.....	8 %

c) Miembros inferiores

– Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma	60 %
– Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o impotencia funcional de la misma	50 %
– Pérdida total de un pie.....	45 %
– Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25 %
– Fractura no consolidada de una rótula	20 %
– Pérdida total de los movimientos:	
– De la cadera	25 %
– De la rodilla.....	20 %
– De la articulación del tobillo.....	10 %
– Pérdida total del dedo gordo del pie	10 %
– Pérdida total de otro dedo del pie	3 %

2. La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido en el cuadro anterior para cada dedo.
3. Los tipos de invalidez no especificados expresamente en el baremo, se indemnizarán en función de su gravedad comparada con las enumeradas anteriormente.
4. La indemnización se determina, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado, siguiendo las reglas fijadas a continuación:
 - 5.1. El grado de invalidez será establecido por el Asegurador cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo. Si transcurridos doce meses desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar del Asegurador un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual el Asegurador fijará la invalidez en base a la que se estime como definitiva.
 - 5.2. La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con un máximo del 100 % del capital asegurado para esta garantía.
 - 5.3. La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
 - 5.4. Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.
 - 5.5. Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentara con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
 - 5.6. Los trastornos y las lesiones nerviosas sólo se tomarán en consideración cuando fueran consecuencia de un accidente garantizado y si se comprueban médicamente que son debidos a tal accidente.
 - 5.7. Si el Asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el Asegurado falleciera con posterioridad, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el Asegurador no podrá reclamar la diferencia.
 - 5.8. En caso de invalidez permanente el Asegurador pagará el importe de la primera prótesis ortopédica que precise el Asegurado, con un límite máximo del 10 por 100 del capital indemnizable para caso de invalidez y un máximo de 1.202,03 euros.

7.1. INVALIDEZ PERMANENTE PROGRESIVA

Si el Asegurado contrata la garantía de Invalidez Permanente en la modalidad de «Tasas Progresivas de Invalidez» en cualquiera de sus opciones B o C, el porcentaje de Invalidez establecido en el Baremo básico, Opción A, se transformará en el que resulte de la tabla de equivalencias siguiente:

CUADRO DE INDEMNIZACIONES PROGRESIVAS

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

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Grado de Invalidez %	Porcentaje Indemnización		Grado de Invalidez %	Porcentaje Indemnización		Grado de Invalidez %	Porcentaje Indemnización	
	Opción B	Opción C		Opción B	Opción C		Opción B	Opción C
49	73	97	74	147	220	99	222	345
50	75	100	75	150	225	100	225	350

En las Condiciones Particulares de la póliza deberá figurar la modalidad escogida por el Asegurado, en caso contrario se aplicará el Baremo básico, Opción A.

En cualquier caso no se aplicarán las modalidades de indemnización progresiva:

- a) En los accidentes ocurridos a personas mayores de 65 años.
- b) Sobre la parte de Capital Garantizado que excediera de 90.151,82 de euros. Por tanto, tal exceso será indemnizado conforme al porcentaje establecido en el Baremo básico, Opción A.

ARTÍCULO 8.º INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de incapacidad temporal del Asegurado para desarrollar sus ocupaciones habituales como consecuencia de accidente garantizado por la póliza, el Asegurador satisfará la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares, durante un plazo máximo de 365 días a contar desde el día siguiente a la fecha del accidente, **salvo que la duración del contrato fuese temporal, en cuyo caso la indemnización diaria quedará limitada al mismo número de días de duración del seguro.**

Esta indemnización sólo se pagará mientras el Asegurado esté sometido a tratamiento médico y observe el reposo necesario para su curación.

La citada indemnización sólo será satisfecha íntegramente cuando el Asegurado se encuentre en una incapacidad física total para atender sus ocupaciones.

Dicha indemnización se reducirá a la mitad desde el momento en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o abandone su domicilio, y si no ejerce ninguna profesión cuando no esté obligado a guardar cama constantemente.

La indemnización diaria es compatible con cualquier otro pago que pudiera corresponder al Asegurado o a sus derechohabientes por Invalidez Permanente o Muerte.

Si las consecuencias de un accidente se agravasen por una enfermedad o estado patológico preexistente, falta de cuidados o tratamiento experimental, la indemnización no se calculará en base a las consecuencias efectivas del caso, sino a las que se habrían producido si se hubiera aplicado un tratamiento médico racional o no existieran los agravantes enunciados.

ARTÍCULO 9º ASISTENCIA MÉDICA

1. El Asegurador tomará a su cargo los gastos médicos-farmacéuticos y de hospitalización durante 365 días como máximo y hasta el importe fijado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza para esta garantía.
2. La garantía se aplica al reembolso de los honorarios de los médicos y de los gastos de las intervenciones quirúrgicas, gastos de hospitalización y farmacéuticos, que se hallen justificados mediante los correspondientes informes médicos.
3. Se extiende además:
 - a) Al reembolso de los gastos de transporte del Asegurado, en ambulancia u otro medio justificado por las circunstancias del accidente, desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario más próximo en que el Asegurado reciba los cuidados más urgentes.
 - b) Asimismo, se reembolsarán los gastos de locomoción para curas sucesivas.
 - c) Al reembolso, hasta 300,51 euros como máximo, de los gastos de adquisición de la primera prótesis dentaria o auditiva, con exclusión de los gastos de posteriores renovaciones. No queda incluida la adquisición de gafas o lentillas.
 - d) A los gastos de rehabilitación física entendiéndose por tal los procesos de fisioterapia y similares, prescritos por los médicos.

No serán en ningún caso a cargo de la Compañía los gastos de helioterapia y talasoterapia, u otro tipo de tratamiento que pudiera ser considerado especial.

El Asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia con independencia de quien los preste, con los límites establecidos.

ARTÍCULO 10.º SUBSIDIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN

En caso de ser necesaria, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, la hospitalización del Asegurado, el Asegurador garantiza el pago del importe señalado en las Condiciones Particulares en concepto de "Subsidio Diario por Hospitalización", **desde el quinto día a contar desde la fecha de ingreso y hasta la fecha del alta, con un límite máximo de CIENTO DÍAS.**

El subsidio no se otorgará si la estancia se realiza, aunque fuera con fines terapéuticos, en balnearios o establecimientos similares.

ARTÍCULO 11.º “PRETIUM DOLORIS”

Si el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se viera obligado a permanecer en un hospital de forma ininterrumpida durante al menos **QUINCE DÍAS**, dentro del primer año a partir de la fecha del accidente, el Asegurador le abonará, en concepto de “pretium doloris”, una **indemnización equivalente al 2 por ciento del Capital Base garantizado para Invalidez Permanente (Opción “A”)**. **Si la estancia fuera superior a VEINTIDÓS DÍAS la indemnización será del 4 por ciento.**

Esta indemnización no se abonará si la estancia se realiza, aunque fuera con fines terapéuticos, en balnearios o establecimientos similares.

II.5.- DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 12.º BASES DEL CONTRATO

1. Constituyen la base del seguro las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador incluyendo, el reconocimiento médico o declaración de estado de salud del Asegurado (en su caso), así como la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud 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 subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. 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.
3. La inexistencia de la solicitud no releva al Tomador del Seguro, ni al Asegurado, del deber de declaración de las circunstancias esenciales del riesgo.

ARTÍCULO 13.º PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado en 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 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 14.º DURACIÓN DEL CONTRATO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.
2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.
3. Las partes podrán oponerse a la prórroga anual del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de DOS MESES de antelación al vencimiento del período de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.
4. La póliza queda automáticamente cancelada a la terminación del período de seguro en que el Asegurado haya cumplido los setenta años de edad. Sólo mediante estipulación especial podrá prolongarse el seguro a partir del indicado límite, entendiéndose en todo caso como tal el pago, aceptado por el Asegurador, de la prima anual del vencimiento inmediato.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 15.º EN EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones hechas por el Tomador del seguro y/o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo y la fijación de la prima.
2. El Tomador del seguro y/o Asegurado tiene el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario anteriormente citado, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.
3. 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 pactado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación del 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 excluidas de la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 16.º FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

1. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Desde el momento en que el Asegurador haga esta declaración quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.
2. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el número 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.

ARTÍCULO 17.º AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicado al Asegurador una agravación del riesgo, éste 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 haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva. El Asegurador podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

ARTÍCULO 18.º CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro hubiera obrado de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

ARTÍCULO 19.º DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. 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.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, se reducirá el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 20.º PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.
3. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.
4. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
 - c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, el Asegurador deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio fehaciente, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

ARTÍCULO 21.º CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

1. Si por culpa del Tomador del seguro 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. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
2. En caso de falta de pago de una de las primas o fracciones 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.

3. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima anual en curso, correspondiéndole la fracción de prima por el tiempo que haya estado suspendida la cobertura.
4. 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 del seguro o el Asegurado pagó su prima, haciendo suya el Asegurador la parte de la misma correspondiente al período en que por su falta de pago la cobertura haya estado en suspenso.

SINIESTROS

ARTÍCULO 22º DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

1. El Tomador del seguro y/o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
2. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:
 - a) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca 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 o del Tomador del seguro.
 - b) Dar inmediato aviso al Asegurador, cuando el accidente haya ocasionado la muerte del Asegurado o cuando ésta sobrevenga durante el período de curación.
 - c) Permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.
3. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 23º PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1. Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivarse de esa circunstancia.
2. Los interesados deberán facilitar al Asegurador los informes que éste les pueda pedir sobre el accidente y la evolución de las lesiones del Asegurado, que queda obligado a someterse al reconocimiento de los médicos que el Asegurador designe y trasladarse, por cuenta de éste, al lugar que corresponda para pasar tal reconocimiento.
3. En caso de muerte del Asegurado, los interesados deberán aportar, lo antes posible, al Asegurador el informe médico sobre la asistencia que se le haya prestado y certificación literal del acta de defunción, además de la información complementaria que aquél solicite.
4. El Tomador del seguro, el Asegurado y los Beneficiarios se comprometen a no hacer uso del secreto profesional, respecto a la información que pueda solicitar el Asegurador a aquellos profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente.

ARTÍCULO 24.º PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador del seguro deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos, que según corresponda, se indican a continuación:
 - a) En Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior de alta.
 - b) En Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión de tipo de invalidez resultante del accidente.
 - c) En Fallecimiento, los certificados literales de nacimiento y defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Actos de Últimas Voluntades, y si existiera testamento, certificación respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios y la carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones. Si los beneficiarios fuesen los herederos no testamentarios será necesario, además, el auto de Declaración de Herederos dictado por el juez competente.
 - d) En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.
 - e) En Subsidio Diario por Hospitalización y "Pretium Doloris", documentación en la que se justifique de manera fehaciente las fechas de ingreso y alta en el centro hospitalario, así como las causas de la hospitalización.
2. El Asegurador deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que puede deber, según las circunstancias por él conocidas, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de accidente al beneficiario legitimado en forma legal, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos. En los casos de invalidez este plazo se computará desde la presentación del certificado médico en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.

3. Si por causa no justificada o que le fuere imputable, el Asegurador, en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, no hubiere realizado el pago de la indemnización o, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50 por 100, desde la fecha del siniestro, o su comunicación si es posterior a 7 días desde la ocurrencia.

Transcurrido dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

4. 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 en el interés de demora a que hace referencia el párrafo anterior, más el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, siempre y cuando se haga expresa mención en la sentencia dictada, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.
5. A petición de los Beneficiarios, en caso de fallecimiento o invalidez permanente, las indemnizaciones podrán ser percibidas, en su totalidad o en parte, en forma de renta.

El importe de la renta a percibir se determinará mediante la aplicación de las bases técnicas de utilización por parte de la Compañía en el momento de optar por esta forma de percepción.

ARTÍCULO 25.º DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

1. En caso de desacuerdo respecto al grado de invalidez o incapacidad, 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.
2. 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.
3. 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.
4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para estos, salvo que alguna de las partes lo impugnara judicialmente, 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 interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
5. Cada parte deberá abonar el importe de los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad de cada una de las partes.

ARTÍCULO 26.º SUBROGACIÓN

1. 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.
2. 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 27.º PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 28.º JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 29.º COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del seguro o por el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza, en sus sucursales o, en su caso, a través de agente de seguros.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos reseñado en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.
3. Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros 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 de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

4. El pago de primas que efectúe el Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

II.6.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- 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 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- 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.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- 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.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- 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.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

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

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

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

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

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

II.7.- GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN VIAJE

Si la cobertura de asistencia en viajes está incluida en las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador complementa la póliza principal con las garantías y prestaciones que se detallan y regulan en estas Condiciones.

Se entenderá por ASEGURADO la persona física, residente en España, asegurado por la póliza de accidentes, y su cónyuge, así como:

- Sus ascendientes, siempre que convivan en el mismo domicilio de aquellos.
- Sus descendientes, en tanto estén fiscalmente a su cargo.

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

COBERTURAS

RIESGOS A PERSONAS

Esta garantía es válida en España, fuera de un radio de 25 kms. del domicilio habitual del Asegurado (12 kms. en las Islas Canarias e Islas Baleares) y en el resto del Mundo.

COMUNICACIÓN: Para hacer uso de cualquiera de los derechos regulados por esta garantía, es requisito indispensable avisar, tan pronto como el Asegurado lo requiera a los números telefónicos de la Entidad de asistencia

Las conferencias telefónicas internacionales que se produzcan para comunicar defunción u otras de las circunstancias contenidas en estas garantías, se realizarán por el sistema de cobro revertido, y serán abonadas por la Entidad de Asistencia

- a) **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 a 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 de 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.

- b) **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 acompañarán y tuvieran condición de Asegurado.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, hasta un límite de 601,01 Euros.

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

- c) **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 período de validez de esta cobertura hasta un límite de 3.305,57 Euros. En todo caso, los gastos de odontólogo se limitan a 18,03 Euros.

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementarios de otras percepciones a las que se 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 recobrar los gastos de estos organismos y a resarcir al Asegurador de cualquier cantidad que éste haya anticipado.

- d) **Envío de medicamentos al extranjero:** El Asegurador gestionará a través de la Entidad de Asistencia, la localización de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

No obstante, la responsabilidad de la Compañía termina si por la Dirección o el Consejo de Farmacéuticos de España se informa de la no existencia en nuestro mercado nacional del producto necesitado.

- e) **Información sobre asistencia médica en el extranjero:** Si por circunstancias, ajenas a las garantizadas por la presente Garantía, el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un médico en el lugar del país extranjero donde se encuentre, y éste no dispusiera de la información suficiente para su localización, podrá ponerse en contacto telefónico con la Entidad de Asistencia la cual facilitará al Asegurado los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.
- f) **Línea urgente:** El Asegurador, pone a disposición de los Asegurados con derecho a la Garantía de TRASLADO-ASISTENCIA, su Servicio Permanente de atención al Asegurado (24 horas) para que éstos puedan informarse y avisar sobre cualquier incidencia o riesgo cubierto por las garantías contenidas en el presente condicionado.
- g) **Intérprete en caso de accidente o enfermedad en el extranjero:** Si, como consecuencia de un accidente ocurrido en el extranjero cubierto por la póliza o enfermedad grave, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador se compromete a ponerlo a disposición del Asegurado con la mayor urgencia.
- h) **Anticipo de efectivo en caso de accidente, o robo o enfermedad grave en el extranjero:** Si, encontrándose en un país extranjero, el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente, cubierto por la póliza, robo de sus pertenencias (o en su lugar de residencia) o por enfermedad grave, la Entidad Aseguradora anticipará hasta 3.005,06 Euros.

El Asegurado se compromete a la devolución del importe anticipado dentro del plazo de 10 días de finalización del viaje, y en cualquier caso dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

- i) **Regreso anticipado:** Si cualquiera de los Asegurados en Viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento del cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, 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.
- j) **Traslado-Asistencia para menores de edad:** Los hijos de Asegurados que sean menores de quince años de edad en el momento en el que se produzca la asistencia garantizada por el presente Condicionado, y que figuren inscritos en el mismo, serán trasladados por la Entidad de Asistencia, desde el lugar donde se encuentren hasta el domicilio de su residencia habitual en España, si como consecuencia de fallecimiento, accidente o enfermedad grave, repentina, fortuita y aguda del asegurado de quien dependa en dicho viaje, quedarán sin protección, organizando la Compañía la repatriación con acompañante, si fuera necesario.
- k) **Retorno del titular al domicilio en caso de inhabilitación de la vivienda:** Si, encontrándose el titular de la póliza de viaje, se produjera en su domicilio un siniestro que diera lugar a la inhabilitación de la vivienda, el Asegurador pondrá a disposición del titular un billete de tren (primera clase) o avión (clase turista) para su retorno al domicilio.
- l) **Servicio a domicilio en caso de accidente:** Si existiera prescripción médica de guardar cama sin necesidad de hospitalización a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, el Asegurador organizará y tomará a su cargo las siguientes prestaciones:
- Envío de una enfermera que asista al accidentado hasta el máximo de 72 horas.
 - Envío de una baby-sitter cuando la persona accidentada tuviera a su cargo habitualmente el cuidado de menores de 14 años. El plazo máximo de otorgamiento de la garantía será de 72 horas.
 - Envío de medicamentos prescritos al domicilio. El coste de estos medicamentos será siempre por cuenta del Asegurado.

Si a consecuencia del accidente ocurrido en el hogar existe prescripción médica de hospitalización, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el traslado en ambulancia hasta el hospital que determinen el Asegurado y/o el médico, siempre que se halle en el municipio correspondiente a la vivienda asegurada.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza:

- **Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.**
- **Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.**
- **Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.**

- En los problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales lo que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia, los gastos quedarán limitados, en cualquier caso a un máximo de 30,05 Euros.
- El rescate de personas en montaña, mar o desierto.
- La práctica del deporte de alto riesgo, tales como montañismo, escalada, moto cross, vuelo sin motor, ala delta y similares.
- Los accidentes producidos por la práctica del esquí, salvo que este riesgo esté cubierto expresamente en las Condiciones Particulares.
- Los gastos relativos a una enfermedad crónica, los de prótesis de cualquier tipo y las curas termales.
- Cualquier tipo de gastos médicos inferiores a 9,02 Euros.
- Los suicidios, autolesiones e intoxicaciones por droga o alcohol.
- En ningún caso el Asegurador sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.
- Enfermedades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todos los problemas derivados del alcoholismo y drogadicción.
- Vacunación y controles de enfermedades previamente conocidas
- Curas termales y terapéuticas con rayos uva.
- Fisioterapia y kinesiología.
- Las enfermedades mentales así como el psicoanálisis y psicoterapia.

CONDICIONES ADICIONALES

- 1º. Será de aplicación a estas garantías complementarias, las Condiciones Generales de la Póliza, en tanto no se opongan a lo establecido en el presente apéndice.

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

- 2º. Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, el Asegurador sólo se hace cargo del exceso sobre los por ellas previstos normalmente (billetes de tren, avión, travesías marítimas, peajes, carburantes para el vehículo, etc.).
- 3º. 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 análogo) y dentro de los límites convenidos, reservándose el derecho a exigir a los asegurados la devolución de los billetes de pasaje no utilizados.
- 4º. El Asegurador queda subrogado 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.
- 5º. La función de la Cía que presta la garantía de Asistencia en Viaje, es exclusivamente la prestación del servicio.

II.8.- RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ARTÍCULO 30º. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y DEFENSOR DEL CLIENTE

FUNCIÓN:

PLUS ULTRA SEGUROS pone a disposición; de sus tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o los causahabientes de cualquiera de los anteriores, así como igualmente de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones; un Servicio de Atención al Cliente (SAC), y un Defensor del Cliente (DC), que atenderán cuantas quejas y reclamaciones se les formule, de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la Defensa del Cliente, por el que se regula la actividad del "SAC" y del "DC" de PLUS ULTRA SEGUROS; en cumplimiento de las previsiones que se contienen en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, que puede ser consultado en la web en Internet de la Compañía, en la dirección www.plusultra.es, en relación con las Pólizas de Seguro o Planes de Pensiones concertados con la Compañía, una vez haya agotado la vía ordinaria de reclamación ante los órganos competentes de la Sociedad o transcurridos 30 días sin obtener respuesta de los mismos.

NORMAS:

Las quejas o reclamaciones señaladas deberán efectuarse, por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC), preferentemente por medios telemáticos, a través del web en Internet de la Compañía, y de conformidad con el Reglamento para la Defensa del Cliente. El reclamante podrá hacer el seguimiento de la respuesta a su queja o reclamación a través de dicha página web en todo momento.

Asimismo, también es posible su envío por correo ordinario a la siguiente dirección: Servicio de Atención al Cliente (SAC), Plaza de las Cortes, 8 (28014) Madrid; debiendo contener, al menos, la siguiente información: nombre y apellidos, o denominación social del reclamante, N.I.F., teléfono, domicilio, localidad, provincia, C.P., clase de seguro, número de Póliza de Seguros; especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación esta siendo sustanciada a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

En caso de disconformidad con la resolución emitida por el Servicio de Atención al Cliente (SAC) o transcurridos 30 días sin obtener respuesta del mismo, su reclamación podrá ser tramitada en segunda instancia por el Defensor del Cliente (DC), c/ Marqués de la Ensenada nº 2. 6ª Planta, (28004) Madrid, Fax nº 91 308 49 91, e-mail reclamaciones@da-defensor.org, y si tampoco estuviera conforme con la nueva resolución del Defensor del Cliente (DC), o transcurriera idéntico plazo (30 días) sin respuesta del mismo; se le informa de su derecho de acudir posteriormente tanto al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en los Planes de Pensiones como a los Juzgados y Tribunales ordinarios de Justicia.

II.9.- EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL RIESGO DE AVIACIÓN

Quedan ampliadas las garantías de esta póliza a los accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre que ocupe plaza en los siguientes medios de transporte:

- Aeronaves debidamente autorizadas por los Organismos competentes para el transporte público de pasajeros.
- Los aparatos que sean propiedad de empresas industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- Aparatos de transporte de pasajeros que pertenezcan al Estado español u Organismo Oficial y que igualmente tengan más de un motor.

Son de aplicación los límites geográficos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

Los capitales garantizados para Muerte, Invalidez Permanente, Incapacidad Temporal y Asistencia Sanitaria son los especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.

LÍMITES DE GARANTÍAS EN CASO DE CÚMULO.

Queda convenido que si las personas aseguradas por esta póliza sufrieran un accidente del que resultaran varias víctimas, la indemnización será la fijada en la póliza para cada una de ellas, sin que el total a indemnizar por el Asegurador en el siniestro pueda exceder de 1.502.530,26 euros (Un millón quinientas dos mil quinientas treinta, con veintiséis céntimos de Euros) repartiéndose, en su caso, dicha cantidad proporcionalmente a los capitales asegurados por cada individuo.

No será de aplicación esta cobertura para los siguientes riesgos:

- Los profesionales de aviación y/o toda persona cuando realice alguna misión abordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc) y en las aeronaves del Estado los militares en acto de servicio en las mismas.
- Personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.

III.- Información Adicional

CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

Si Usted lo desea podrá realizar cualquier consulta o gestión relativa a su póliza a través de:

- La Sucursal INTERNET, www.plusultra.es, de Plus Ultra Seguros, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus pólizas, declarar siniestros, modificar los datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.
- Su Agente o Corredor de Seguros, directamente o a través de su página web en Internet en su caso.
- La Sucursal de Plus Ultra Seguros de su demarcación o
- Llamando al 902 15 10 15, Servicio de Atención al Cliente.

LEY ORGANICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de las previsiones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable, PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, entidad aseguradora ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable, excepto para la finalidad promocional, para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos comercializados por Plus Ultra Seguros relacionados con el sector del seguro y planes de pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual, pudiendo ser cedidos con este mismo fin a las otras entidades que componen el grupo al que pertenece la compañía. Si desea conocer las sociedades pertenecientes al grupo asegurador, puede consultar en cualquier momento la página web (www.plusultra.es).
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo Asegurador en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Plus Ultra Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador del seguro) distinta del titular de los mismos (asegurado, partícipe, beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares para su tratamiento con los fines anteriormente expuestos.

El tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de que, podrá no prestar su consentimiento para la finalidad promocional anteriormente indicada bien revocarlo en cualquier momento, así como que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en el domicilio social sito en la Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia entidad, Plus Ultra Seguros.