

NOTA INFORMATIVA

Tomador / Asegurado

DENOMINACION: **S.P.P.L.B.**

CIF: **G03172616**

DIRECCION: **CALLE CARCAGENTE** No: **6** CP: **46007** Localidad:

VALENCIA Provincia: **VALENCIA**

Entidad Aseguradora

ALLIANZ Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

Fecha efecto del seguro: desde las 00:00:00 h del 31-12-2017

Fecha de vencimiento del seguro: hasta las 24h del 30-12-2018

Mediador

ROSILLO HERMANOS CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.

Nº DGSFP J-78

CAPÍTULO I
Datos identificativos

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción

Riesgo: CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO y CC.AA.

1. Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de **la siguiente actividad:** Exclusivamente accidentes sufridos durante la vida privada (riesgo extra-laboral) quedando excluido el riesgo laboral e in itinere.
2. Queda cubierta única y exclusivamente la Invalidez Temporal por enfermedades comunes y accidentes no laborales sufridos por los asegurados.

Asegurados: FUNCIONARIOS PÚBLICOS, BOMBEROS Y POLICÍAS

Condiciones Complementarios:

- a) Duración.....→ Vencimiento Unificado
- b) Pago.....→ Domiciliación Bancaria
- c) Contratación...→ Nominal
- d) Renovación....→ Anual Negociable

Garantías

Garantías por accidentes no laborales

Garantías Contratadas	Suma Asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	6.000,00€	0	70 años
Incapacidad permanente según baremo	6.000,00€	0	70 años
Muerte por infarto de miocardio	6.000,00€	0	70 años
Gastos de sepelio en España	3.500,00€	0	70 años

Garantía de indemnización diaria por enfermedad o accidente no laboral

Cobertura	Indemnización
1º al 20 día (SIN FRANQUICIA)	25,00 /día
Límite indemnización por siniestro (Máximo 20 días)	500,00 €
Límite indemnización Asegurado/Año (Máximo 24 días)	600,00 €
PRECIO ANUAL TOTAL	74,00 €

Clausulas:

x ASEGURADOS CON MINUSVALIAS.

Se hace constar que la indemnización a abonar para los asegurados con minusvalías previas a la contratación de la póliza, será la que correspondería a una persona sin dicha minusvalía. Por tanto, se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con la citada minusvalía preexistente, física o psíquica.

QUEDAN EXCLUIDOS DE LAS COBERTURAS DE LA POLIZA LOS RIESGOS DETALLADOS A CONTINUACION:

- x Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza, así como las derivadas del consumo de estupefacientes, drogas tóxicas y alcohol.**
- x Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto.**
- x Tratamientos odontológicos (empastes, endodoncias, extracciones, etc.)**
- x Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.**
- x Tratamientos para adelgazar, curas de sueño, estéticos y tratamientos voluntarios en general.**
- x Tratamientos psiquiátricos, y psicológicos.**
- x El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV.**
- x Epidemias oficialmente declaradas.**

Definiciones específicas a las garantías cubiertas en este contrato

- 1. Accidente No Laboral:** lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante actos de su vida privada, que no sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la seguridad social y tenga como consecuencia la muerte o la incapacidad permanente del asegurado.

2. **Enfermedad Común:** Alteraciones de la Salud que no tienen la condición de accidente laboral ni de enfermedad profesional.

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

INTERÉS ASEGURADO

1. El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza. Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el punto 9 del apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:
2. Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares.
3. Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.
4. Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
5. Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.
6. En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza. Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas. Si el Asegurado fija su residencia en el extranjero,

quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1. **Tomador del Seguro:** la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.
2. **Asegurado:** cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.
3. **Asegurador:** ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.
4. **Coaseguradores:** Los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.
5. **Beneficiario:** en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada. Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado. En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.
6. **Prima:** el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
7. **Franquicia deducible:** es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.
8. **Carencia:** el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.
9. **Accidente:** lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
10. **Siniestro:** todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de

daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

11. **Suma Asegurada:** el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro. Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.
12. **Riesgo "in itinere":** el traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.
13. **Hora de Inicio y Fin de las coberturas:** la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.
14. **Cúmulo máximo por siniestro:** Salvo indicación en contra expresada en la póliza, el importe máximo a abonar por un mismo accidente será de 27 millones de euros.

A. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales y Particulares, con las limitaciones asimismo
Indicadas en las mismas.

B. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I. (Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

C. MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es Superior.

Cuando la edad del asegurado sea inferior a 14 años, la prestación se entiende sustituida por una indemnización en concepto de Gastos de Sepelio, por el

Importe señalado en póliza para caso de Muerte. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

D. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida o limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico. El grado de incapacidad no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante. El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones. Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores	100%
Estado vegetativo persistente	100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje)	40%
Amnesia completa de fijación	40%
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado	20%

SISTEMA OSEO

Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia	15%
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia	4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional	30%

SISTEMA OLFATORIO

Pérdida parcial de la nariz	10%
Pérdida total de la nariz	25%
Pérdida del olfato (Anosmia)	5%

BOCA

Pérdida de todos los dientes superior e inferior	10%
Amputación total de la lengua	30%
Pérdida del gusto (Ageusia)	5%
Ablación maxilar inferior	25%

OIDO

Pérdida de una oreja	10%
Pérdida de las dos orejas	25%
Sordera total de un oído	15%
Sordera total de los dos oídos	50%

OCULAR

Ceguera de un ojo	30%
Ceguera de los dos ojos	100%

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL

Pérdida completa de movilidad de columna	60%
Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	25%
Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	30%

COSTILLAS

Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales	10%
---	-----

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA

Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30%
Traqueotomizado con cánula	30%

PULMON

Pérdida de un pulmón	25%
----------------------	-----

RIÑON

Pérdida de un riñón	25%
Pérdida de los dos riñones	70%

BAZO

Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica	20%
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica	10%

APARATO GENITAL FEMENINO

Pérdida de las glándulas mamarias	25%
Pérdida de los ovarios	35%
Pérdida del útero	35%
Deformación genitales externos femeninos:	

con alteración funcional	40%
sin alteración funcional	25%

APARATO GENITAL MASCULINO

Desestructuración del Pene:	
alteración funcional	40%
sin alteración funcional	25%
Pérdida de los testículos	35%

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Domina nte	No Doman te
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento del:		
Hombro	30%	30%
Codo	25%	25%
Pronosupinación	8%	8%
Muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculo cutáneo	15%	10%
Parálisis completa del nervio mediano Radial o cubital:		
A nivel del brazo	25%	20%
A nivel del antebrazo-muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio	25%	25%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D) EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies	100%
---	------

Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior	100%
Amputación a nivel de la cadera	70%
Amputación por encima de la rodilla	60%
Amputación por debajo de la rodilla	45%
Amputación primer dedo	10%
Amputación de otro dedo	30%

Pérdida total de los movimientos de la cadera:

En posición funcional	30%
En posición desfavorable	40%

Pérdida total de los movimientos de la rodilla:

En posición funcional	20%
En posición desfavorable	30%

Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:

Anquilosis articulación tibio tarsiana:	
En posición funcional	10%
En posición desfavorable	20%
Anquilosis subastragalina	5%
Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez	30%

Extirpación de la rótula (Patelectomía):

Total	15%
Parcial	10%
Deformidades postraumáticas del pie	10%

Acortamientos:

Hasta 1,5 cm.	2%
de 1,5 cm. a 3 cm.	5%
de 3 cm. a 6 cm.	10%
más de 6 cm.	15%
Parálisis completa del nervio ciático	60%
Parálisis completa del nervio ciático poplíteo externo	25%
Parálisis completa del nervio ciático poplíteo interno	15%

NORMAS PARA LA VALORACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD:

- a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
- b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.
- c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

DEFECTOS FÍSICOS EXISTENTES ANTES DEL ACCIDENTE:

- a) La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
- b) La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente. Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:
En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

EXISTENCIA DE LESIONES EN DIFERENTES MIEMBROS U ÓRGANOS:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

E. INDEMNIZACION DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORAL, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Temporal, la lesión que imposibilite transitoriamente al Asegurado para el desempeño de su actividad laboral o profesional, descrita en las Condiciones Particulares. En caso de determinarse la Invalidez Temporal del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el Asegurador abonará una indemnización diaria durante el plazo máximo de duración establecido en Condiciones Particulares y en cualquier caso, con el límite de 365 días, una vez aplicada la franquicia, desde el inicio de la prestación.

La indemnización diaria comenzará a devengarse a partir del día en que se inicie la imposibilidad del Asegurado para desarrollar sus actividades, siempre acreditado mediante certificación médica. Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o Determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado, y se abona con independencia de estas coberturas.

Esta garantía finalizará automáticamente al cumplirla edad establecida en el capítulo I de estas condiciones. Esta cobertura es válida exclusivamente para los accidentes ocurridos en España. NOTA ACLARATORIA: Contrariamente a lo indicado en póliza, la garantía de indemnización diaria por invalidez temporal se prestará exclusivamente por accidente sufrido durante su vida privada, así como por enfermedad, de acuerdo a los límites contratados.

M. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

I. PERSONAS NO ASEGURABLES:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.

El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus

será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

II. RIESGOS EXCLUIDOS:

Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera accidente a efectos de esta póliza.

Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.

Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.

Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.

Suicidio o tentativa de suicidio.

Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.

Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin motor, paracaidismo y similares.

Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.

Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración

Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.

Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o

estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.

Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos. La práctica del boxeo, alpinismo, "puenting", deportes aeronáuticos y otros de similar riesgo. Accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica de pesca en alta mar o caza mayor, salvo pacto expreso en Condiciones Particulares de la póliza.

Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones: Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.

Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor.

Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.

Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.

Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Las enfermedades y accidentes profesionales.

N. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento

de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

Extensión de la cobertura

- I. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada

provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

- II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: **902 222 665**.

CAPÍTULO III

Administración de la póliza

Art.º 7.º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus 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 o del Asegurado, en su caso. Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto. Si por culpa del Tomador o del

Asegurado, en su caso, 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 a la primera, 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 periodo 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 o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Artº. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación. En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

Artº. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

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

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos

- necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
 3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.
 4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del artículo 10.4 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 5. Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.
 6. Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales de carácter general

Art.º 10.º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes Condiciones Generales del contrato de seguro tienen, al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley aplicables a su contenido, para que su consulta pueda ser hecha, si se desea, con la máxima precisión y facilidad. Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º.

10º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El Tomador del Seguro, que da respuesta al Cuestionario de seguro para que pueda elaborar la póliza, suscribe el contrato y paga las primas.
2. El Asegurado, que tiene un interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato.
3. El Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. En adelante, se le denomina también "la Compañía".
4. Los Coaseguradores, Aseguradores que, junto con la Compañía, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías y primas.
5. El Acreedor, titular de un derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los bienes asegurados, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización
6. EL Órgano de Control, que es la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda, que supervisa la actividad en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

10º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro

- x El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato.
- x La póliza reúne, en un solo documento, las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro, que fijan los datos propios e individuales del contrato, determinan su objeto y alcance y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley; y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que tratan de los derechos y deberes de las

partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato. Además pueden existir los Suplementos, que son modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.x

El Tomador debe leer y comprobar atentamente los términos y condiciones de su póliza y, en su caso, pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

- x Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.
 - x El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.
 - x Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.
- CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10º. 3. Duración del contrato de seguro

- x La duración del contrato se fija desde las 00:00 horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización.
- x Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática.
- x Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.
- x Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.
- x Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento: cuando se produzca una agravación del riesgo, cuando haya habido reserva o inexactitud en las

declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos). Si es el Asegurador quien rescinde, prorroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida. El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

- x Igualmente ocurre cuando los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos a otras personas. Se ha de notar especialmente que el nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10º. 4. Modificación del contrato de seguro

- x Cualquier modificación que se produzca en el contenido de las respuestas que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe ser comunicada al Asegurador a la mayor brevedad, por si es necesario adaptar la póliza a la nueva situación.
- x Así, las agravaciones o disminuciones del riesgo, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) deben ser comunicadas por el Tomador del Seguro, normalmente en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.
- x La respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el mismo plazo de 15 días, salvo cuando se trata de agravación del riesgo, caso en que dispone de dos meses para proponer la modificación del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador no haga uso previamente de las facultades de rescisión señaladas en el Apartado anterior.
- x Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del

Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10º. 5. Actuación en caso de siniestro

- x Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo, cooperando al salvamento de personas y bienes.
- x El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.
- x Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.
- x Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.
- x Los desacuerdos entre Peritos se solucionarán por el nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.
- x El dictamen de los Peritos será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial hecha por una de ellas.
- x Cuando el dictamen de los Peritos no sea impugnado judicialmente, el Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.
- x Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización. El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.
- x Una vez pagada la indemnización, en muchas ocasiones el Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables del daño. El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º,

82° y 104°.

10° 6. Otras cuestiones de interés

Principio de la buena fe.

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador. En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tareas de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro

Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico. Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario o el Acreedor se dirijan al Asegurador, pueden hacerlo a su domicilio social, al de sus sucursales. Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente al Asegurador o bien a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato. El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o del Acreedor.

Prescripción de acciones.

Las acciones para exigir derechos derivados del contrato prescriben a los cinco años.

Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

El Mediador de Seguros, Rosillo Hnos. S.A.
dirección postal C/ Pº de la Castellana, 163, 2º dcha - 28046 MADRID

El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborales o a través de su web www.allianz.es.

Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona – Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión. Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro. Allianz, Compañía de Seguros y

Reaseguros, S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona; teléfono 902 300 186; fax 902 33 36 39; email lopd@allianz.es Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora, que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aun cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés. Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado. El presente Proyecto de Seguro ha sido confeccionado de conformidad a la información que nos ha facilitado el Tomador del Seguro, por lo que de ser aceptado dicho proyecto por el mismo, el Asegurador decidirá el porcentaje de participación en el contrato de seguro antes de su emisión. La póliza que se emitiría, sería con los textos que han quedado recogidos en las páginas anteriores y se podría precisar que previamente fuese verificado el riesgo por el Asegurador, para determinar las primas y condiciones de contratación definitivas. Por tanto,

el presente proyecto tiene carácter meramente informativo para el interesado, no siendo por tanto rma proposición de seguro a efectos del Artículo 6, Apartado 1 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.