



ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG

Domicilio Social: ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf

C.I.F. DE 811 125 216

Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por 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, y demás legislación aplicable, así como por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato.

ARTÍCULO PRELIMINAR- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: La entidad que mediante el cobro de la prima, asume las coberturas de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la póliza.

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 le produzca alguna de las Garantías suscritas y expresamente incluidas en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

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



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 absoluta, represente una merma física permanente.

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

ARTÍCULO 1.- OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, de acuerdo con la definición de accidente del artículo preliminar.

Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo.

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.

ARTÍCULO 2.- GARANTÍAS DEL SEGURO

2.1.- MUERTE

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, el Asegurador pagará al beneficiario el capital establecido a tal efecto cuando se pruebe médicamente que el fallecimiento es consecuencia directa del accidente.

Cuando el accidente produzca el fallecimiento del 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.

2.2.- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

- 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	60%
- Pérdida total de un brazo o de una mano.....	25%
- 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%

- 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.
- Los tipos de invalidez no especificados expresamente en el baremo, se indemnizarán en función de su gravedad comparada con las enumeradas anteriormente.



- La indemnización se determina, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado, siguiendo las reglas fijadas a continuación:
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.

2.3.- ASISTENCIA MÉDICA

El Asegurador tomará a su cargo los gastos médicos-farmacéuticos y de hospitalización, rehabilitación, gastos de prótesis, material de osteosíntesis y gastos odontológicos, por un período máximo de 18 meses a contar desde la fecha del accidente y hasta el importe fijado expresamente en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la póliza para esta garantía.

ARTÍCULO 3.- 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.

Las indemnizaciones derivadas de invalidez permanente y/o muerte no son acumulables entre sí.



En caso de que las personas aseguradas por esta póliza sufrieran un accidente del que resultasen varias víctimas, la indemnización será fijada en la póliza para cada una de ellas, sin que el total a indemnizar por el Asegurador en el siniestro pueda exceder de 1.695.000,00€, repartiéndose, en su caso, dicha cantidad proporcionalmente a los capitales asegurados para cada individuo.

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.

ARTÍCULO 4.- 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.

4.1.- 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, enfermedad de la médula espinal, diabetes 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.

4.2.- RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

- a) Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte como profesional.
- b) Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.
- c) El aneurisma, ataques de parálisis o apoplejía no traumáticos.
- d) 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, salvo lo previsto en condiciones especiales para el auxilio al fallecimiento cuando éste se produzca en la práctica deportiva oficial, pero sin causa directa del mismo.
- e) Hernias de cualquier clase que afecten a paredes abdominales o a discos



- intervertebrales, así como reumatismos, varices y eczemas.
- f) Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.
 - g) 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.
 - h) Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.
 - i) Toreo y encierro de reses bravas
 - j) Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.
 - k) El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la automutilación.
 - l) Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente.
 - m) 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.
 - n) La intoxicación o envenenamiento accidental producida por la ingestión de alimentos en mal estado.
 - o) Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
 - p) 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.

DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 5.- 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 6.- 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 7.- 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 8.- 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 9.- 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 10.- 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 11.- 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 12.- 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.
2. 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 13.- 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 14.- 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 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 15.- 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. 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 16.- 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 solicitase.
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 17.- 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 Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión de tipo de invalidez resultante del accidente.
 - b) 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.
 - c) En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.



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.

ARTÍCULO 18.- 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 hacerla 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 19.- 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 20.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 21.- 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 22.- 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.



RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Artículo 4.º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre ("Boletín Oficial del Estado" del 20), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo en favor de la citada entidad de Derecho Público, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente, satisfaciendo el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.
- b) Que, aun estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados ("Boletín Oficial del Estado" del 9); en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes ("Boletín Oficial del Estado", de 1 de octubre), y de disposiciones complementarias.

I. Resumen de normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.



2. Riesgos Excluidos

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- f) Los derivados de la energía nuclear.
- g) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- h) Los causados por actuaciones producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales.
- i) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- j) Los causados por mala fe del asegurado.
- k) Los producidos antes del pago de la primera prima.
- l) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.
- m) Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en treinta días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

- a) Comunicar en las Oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la Entidad Aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:
 - Copia o fotocopia del recibo de prima acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
 - Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.



- Copia o fotocopia del documento nacional de identidad o número de identificación fiscal.
 - Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha entidad.
- b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del Asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del Asegurado.

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente Contrato de seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf

Consejero General:
Dr. Paul-Otto Falßbender
Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)
Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418
Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

 **Pont Grup**
CORREDURIA DE SEGUROS, S.A.
C/. Cuevas Bajas, 4 - 3ª planta - Edif. Picasso
MÁLAGA 29004
C.I.F.: A-58850793
Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro en DGSFP: J0250
CIF. A-58850793
c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga
Página 17 de 17