



Condiciones Generales
Seguraccidente

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

Para comodidad de los asegurados, ponemos a su disposición los siguientes servicios:

Consultas Generales

Para consultas generales sobre pólizas, contratación, así como declaraciones o consultas sobre siniestros.

93 482 66 00

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:00 h. a 20:00 h

Servicio de Asistencia

Orientación médica y social - Segunda opinión médica

Desde España: 934 826 600

Desde el extranjero: +34 934 826 600

Disponible 24 horas al día, 365 días al año

(excepto Orientación Social de lunes a viernes de 9h a 14h y de 15:30 a 17h).

Servicio de Atención y Defensa del Cliente:

900 898 120

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:30 h. a 20:00 h.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros:

900 222 665 / 952 367 042

Para solicitar información y declarar siniestros causados por hechos de naturaleza extraordinaria (inundaciones, terremotos, actos terroristas...).

Asimismo, a través de www.agrupacio.es, los asegurados pueden consultar la información de tipo general de la Aseguradora.

Índice

TRANSPARENCIA	5
1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?	5
2. ¿Qué es el seguro «SEGURACCIDENTE»?	6
3. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?	6
4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?	7
5. ¿Qué personas no pueden ser asegurados?	8
6. ¿Cuáles son las condiciones de admisión establecidas por la Entidad Aseguradora?	9
7. ¿Cuál es la cobertura del seguro?	9
7.1 Garantía principal de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	10
7.2 Garantía complementaria de GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE	10
8. ¿Qué tipo de incompatibilidades existen en las prestaciones del seguro?	11
9. ¿Qué riesgos están excluidos en todas las garantías del seguro?	11
10. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?	13
11. ¿Cuál es la duración del seguro?	13
12. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?	14
13. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?	14
13.1 Pago domiciliado	14
13.2 Fraccionamiento de la prima	14
13.3 Consecuencias del impago de la prima	14
14. ¿Qué otras obligaciones tienen el Tomador y el asegurado?	15
15. ¿A quién se entrega la prestación?	15
15.1 En la contingencia de fallecimiento por accidente	15
15.2 En la contingencia de gran dependencia por accidente	16
15.3 Opción de Renta	16
16. ¿Cuál es el procedimiento de actuación para percibir la prestación?	16
16.1 Para la contingencia de fallecimiento por accidente	16
16.2 Para la contingencia de gran dependencia por accidente	17
17. ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y qué consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del Tomador y del asegurado?	18
17.1 Nulidad del contrato	18
17.2 Pérdida del derecho a la prestación	18
17.3 Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación	18
18. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?	18
19. Mecanismos de resolución de conflictos	19
20. Contratación a distancia	19
21. Prescripción	20
22. ¿Quién deberá pagar los impuestos?	20
23. Protección de los datos personales	20

24. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	21
Garantía complementaria de SERVICIOS DE ASISTENCIA	24

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas condiciones generales y particulares adjuntas, las cuales establecen los derechos y las obligaciones de las partes contratantes, así como el alcance de las coberturas contratadas.

TRANSPARENCIA

Estas Condiciones Generales han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de quienes tengan interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

Para facilitarle la lectura y comprensión de las garantías que le ofrecemos, hemos diferenciado los textos del Condicionado General de la siguiente manera:

NEGRITAS: Puntos críticos, restrictivos o limitativos

BLOQUES: Exclusiones

Porque estar bien asegurado es, ante todo, estar bien informado

1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?

- a. La **Entidad Aseguradora:** AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad aseguradora, con domicilio social Ctra. de Rubí, 72-74 Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona), y quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La entidad aseguradora está sometida a la normativa vigente y/o de aplicación en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía Industria y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros, donde está registrada con la clave C0790.
- b. El **Tomador** del seguro: la persona que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al beneficiario.
- c. El **asegurado:** la persona física sobre la cual se establece la cobertura del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones del contrato.
- d. Los **beneficiarios:** las personas que tienen el derecho a percibir las prestaciones del seguro.

En este seguro serán beneficiarios:

- Para la contingencia de fallecimiento por accidente del asegurado, la prestación se abonará a los beneficiarios designados por el Tomador del seguro. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera beneficiarios concretamente designados, ni reglas para su determinación, se entenderá que los mismos son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del Asegurado - salvo que hubiese recaído sentencia de separación -, o su actual pareja de hecho, debidamente inscrita en el Registro de Parejas de hecho en la fecha de fallecimiento del asegurado, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales y, por último, sus herederos.

- Para la contingencia de gran dependencia por accidente, en caso de ser reconocida dicha situación al Asegurado por la Entidad Aseguradora, el beneficiario de la prestación será siempre el asegurado.

2. ¿Qué es el seguro «SEGURACCIDENTE»?

«SEGURACCIDENTE» es un contrato de seguro de accidentes, por el cual la Entidad Aseguradora, mediante el cobro de las primas estipuladas, garantiza, como garantía principal, el pago del capital asegurado en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, dentro de los límites y riesgos excluidos que se indican en estas condiciones generales y, en su caso, en las particulares.

Asimismo, este seguro de accidentes, tiene por objeto la cobertura de las siguientes garantías complementarias de suscripción obligatoria por el Tomador:

- la «Garantía complementaria de Gran dependencia por accidente»; y
- la «Garantía complementaria de Servicios de Asistencia», cuyas condiciones se recogen en el Anexo I de este documento.

El alcance y la cobertura de la garantía principal de fallecimiento por accidente y de la garantía complementaria de gran dependencia por accidente, se recogen en los epígrafes 7 y 9 posteriores.

3. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?

A los efectos del seguro se entiende por:

- **Accidente:** lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca gran dependencia o muerte, manifestada como máximo en el plazo de 365 días desde que se produjo la lesión.

No se considerarán como accidentes las enfermedades o secuelas de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de una lesión orgánica derivada de accidente y en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

También se considerarán accidentes a efectos del seguro, siempre que sean ajenas a la intencionalidad del asegurado:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas. **Sin embargo, no se considerarán accidentes, el fallecimiento o la gran dependencia, derivadas de la ingestión de comidas o bebidas en mal estado.**
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos derivados de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa o de la participación en actos intencionados realizados para salvamento de personas o bienes.
- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas

básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

- **Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Baremo de valoración de la dependencia (BVD):** instrumento de valoración de la situación de dependencia, aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Esta norma determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Capital asegurado** o suma asegurada: la cantidad que perciben los beneficiarios cuando se produce la contingencia prevista en el presente contrato que origina el pago de la prestación y que constituye el límite máximo de indemnización a pagar por todos los conceptos por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro. Su importe se determina para cada Asegurado en las condiciones particulares del seguro. **El capital asegurado solo se abonará una única vez, bien por la contingencia de Fallecimiento por Accidente o por Gran Dependencia por Accidente, comportando la extinción inmediata de la póliza**
- **Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- **Fecha de efecto** del seguro: es el momento a partir del cual la Entidad Aseguradora garantiza las prestaciones aseguradas en virtud del presente contrato a favor de cada uno de los asegurados.
- **Gran Dependencia por accidente:** será la **situación de dependencia** de las personas, **producida directamente como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza**, con alteración grave de las funciones mentales y/o físicas, **que comporta una pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y necesitando, por tanto, del apoyo continuo de otra persona para la realización de la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria.**
- **Médico asistencial:** es el médico que trata, de forma habitual, al Asegurado que se encuentra en un estado de dependencia.
- **Prima:** el precio del seguro. Los recibos de prima comprenden, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- **Siniestro:** todo hecho cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías del seguro. Se considerará que constituye un solo y único siniestro, todos los daños personales que provengan de una misma causa inicial. La cuantía de la prestación será la que corresponda en el momento de su ocurrencia.

4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?

Esta póliza de seguro se rige por las normativas siguientes, en los textos vigentes en cada momento:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre),
- Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE de 30 de noviembre).
- Ley 7/1998 (BOE de 14 de abril) sobre Condiciones Generales de Contratación.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 Julio 2015).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 Diciembre 2015),
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados (BOE de 18 de julio),
- Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de servicios financieros destinados a los consumidores (BOE de 12 de Julio)
- Legislación relativa al Consorcio de Compensación de Seguros que se detalla en el apartado específico de estas condiciones generales.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Ley de ámbito nacional de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que lo complementa y normas de desarrollo.

Constituyen las bases fundamentales de este contrato las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud de seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la contratación de su seguro, a los que, en su caso, la entidad aseguradora les someta.

La póliza de seguro es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del presente contrato de seguro y que está integrado conjuntamente por:

- Las presentes condiciones generales que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las coberturas.
- Las condiciones particulares que recogen las cláusulas personalizadas y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlas o modificarlas. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.
- Las condiciones especiales, cuya misión es matizar o perfilar el contenido de las condiciones generales.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá pedir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

5. ¿Qué personas no pueden ser asegurados?

Este seguro no podrá ser contratado por las personas que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Las personas menores de 14 años y las mayores de 70 años de edad.
- Las personas que no tengan su residencia principal y fiscal en España.

- Quienes hayan padecido o padezcan epilepsia, accidente vascular cerebral, diabetes, enfermedades de la médula espinal, hemofilia, enfermedades psiquiátricas crónicas, alcoholemia, toxicomanía, o cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía que supongan, individualmente o en su conjunto, un grado de discapacidad igual o superior al 50%.
- Aquellas que, por su actividad profesional, no cumplen los criterios de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora. Este seguro no podrá ser contratado por:
- Los profesionales de los cuerpos de bomberos, rescate y salvamento.
- Los profesionales que manipulen explosivos.
- Los profesionales de las Fuerzas Armadas y de los Cuerpos de Seguridad de todas las Administraciones.
- Los profesionales o personas contratadas para realizar funciones de vigilancia privada y/o de control de acceso a todo tipo de locales o establecimientos.
- Las personas que trabajan en plataformas de perforación de todo tipo.

6. ¿Cuáles son las condiciones de admisión establecidas por la Entidad Aseguradora?

Al solicitar el seguro, el Asegurado deberá cumplimentar el cuestionario de declaración del riesgo al que la Entidad Aseguradora le someta.

Este contrato de seguro se basa en las declaraciones efectuadas por el Asegurado en dicho cuestionario y la prima se ajusta en consecuencia.

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

No obstante, el Tomador quedará exonerado de tal deber cuando se trate de circunstancias que no estén comprendidas en el mencionado cuestionario de declaración del riesgo, aunque dichas circunstancias puedan influir en la valoración del riesgo.

La Entidad Aseguradora se reserva la facultad de solicitar más información y de aceptar la solicitud de contratación del seguro en condiciones normales o con condiciones especiales, así como de diferirla o rechazarla.

Toda falsa declaración, reticencia, omisión o inexactitud en las declaraciones del Asegurado y, en su caso, del Tomador, si es una persona distinta, entrañan la pérdida total o parcial de la prestación de acuerdo con lo indicado en el epígrafe 17 posterior de estas condiciones generales.

7. ¿Cuál es la cobertura del seguro?

Durante el período de vigencia del seguro y dentro de los límites y términos establecidos en las condiciones generales y particulares de la presente póliza, la Entidad Aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a

cada una de las garantías del seguro indicadas en las condiciones particulares.

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías será el pago único del capital constituido por la suma asegurada, por una de las siguientes contingencias, el cual comportará la extinción definitiva de la póliza:

7.1 Garantía principal de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del asegurado, de forma inmediata o dentro de los trescientos sesenta y cinco días siguientes al accidente, la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital establecido a tal efecto en las condiciones particulares de la póliza.

7.2 Garantía complementaria de GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE

7.2.1 Alcance de la garantía

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, dentro de los trescientos sesenta y cinco días siguientes al accidente y si la Entidad Aseguradora ha reconocido que el Asegurado se encuentra en una situación de **gran dependencia**, según la definición del apartado 7.2.2 de estas condiciones generales, como consecuencia directa de dicho accidente, la Entidad Aseguradora garantiza al Asegurado el pago del capital establecido a tal efecto en las condiciones particulares de la póliza.

La situación de dependencia debe ser definitiva según la definición indicada en el apartado 7.2.3 de estas condiciones generales.

7.2.2 ¿Cómo se evalúa el estado de gran dependencia?

El Asegurado será considerado en situación de gran dependencia cuando se encuentre en alguna de las dos situaciones siguientes:

7.2.2.1 Dependencia física

El estado de salud del Asegurado debe estar estabilizado y, tras la realización de la correspondiente exploración y **valoración por los servicios médicos designados por la Entidad Aseguradora**, haber sido clasificado con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 75 a 100 puntos.

7.2.2.2 Dependencia psíquica o mental

El estado de salud del Asegurado debe estar estabilizado y responder **acumulativamente** a las dos condiciones siguientes:

- Haber sido **clasificado por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora** con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 75 a 100 puntos.

Y

- Padecer una demencia o enfermedad neuropsiquiátrica, y obtener en el Test Mini Mental State Examination de Folstein, **practicado por los servicios médicos designados por la Entidad Aseguradora**, un resultado de 15 puntos o inferior.

7.2.3 Definición del carácter definitivo de la situación de dependencia

La situación de dependencia se considera definitiva, por parte de los servicios médicos

designados por la Entidad Aseguradora, cuando se estabiliza, es decir, cuando dicha situación de dependencia no es susceptible de mejora teniendo en cuenta las terapias existentes en la fecha de su constatación.

8. ¿Qué tipo de incompatibilidades existen en las prestaciones del seguro?

Las prestaciones previstas para las garantías de «Fallecimiento por Accidente» y «Gran Dependencia por Accidente» no son acumulables entre sí como consecuencia de un mismo accidente.

El pago único de la prestación correspondiente a cualquiera de estas garantías extingue definitivamente la póliza.

9. ¿Qué riesgos están excluidos en todas las garantías del seguro?

La prima del seguro ha sido calculada tomando en consideración que expresamente no se cubren por la Entidad Aseguradora los hechos o riesgos que a continuación se detallan y que, en consecuencia, no se garantiza el pago de los capitales asegurados en dichas situaciones.

Quedan fuera del objeto de cobertura general del seguro las situaciones siguientes:

- a. Cualquier daño o lesión que sea distinto de los estrictamente definidos en estas condiciones generales.
- b. Los accidentes de otros ámbitos que, a efectos del seguro, no tengan la consideración de tales de acuerdo con la definición especificada en el epígrafe 3 de estas condiciones generales.
- c. Los accidentes derivados de actos dolosos y criminales cometidos por el Asegurado y/o beneficiario, o con su cooperación.
- d. Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, en estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- e. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del Asegurado y los derivados de su participación en apuestas, desafíos o peleas, salvo en caso de legítima defensa.
- f. Los accidentes derivados de la energía atómica o de radiaciones de cualquier clase.
- g. Las consecuencias de accidentes ocurridos antes de la fecha de entrada en vigor de las coberturas del seguro, aunque las consecuencias de los mismos se manifiesten o determinen durante la vigencia del seguro.
- h. Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el derrame cerebral y el infarto de miocardio, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas, inyecciones o tratamientos médicos, cuando no sean resultado de un accidente cubierto por la póliza.
- i. Los daños, costes y gastos derivados de los hechos siguientes:

- Conflictos armados o guerra (civil o internacional), aunque no vengan precedidos la declaración oficial de guerra.
 - Los calificados por el Gobierno como “catástrofe” o “calamidad nacional”.
 - Los accidentes que se produzcan como consecuencia de fenómenos extraordinarios de la naturaleza, tales como 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/hora y los tornados) y caídas de aerolitos; los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular; así como los hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Estos acontecimientos extraordinarios se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros, cuyo resumen de normas figura en el apartado 24 de estas Condiciones Generales.
- j. Los accidentes que se produzcan por:
- La participación del asegurado, como profesional o aficionado, o bien de forma puntual, en carreras o competiciones de vehículos a motor.
 - La conducción de vehículos a motor cuando el Asegurado no esté en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
 - La utilización, como pasajero o tripulante de medios de navegación aérea no destinados para el transporte público de viajeros.
 - Las consecuencias del ejercicio por el Asegurado de la actividad de piloto, alumno-piloto o miembro de la tripulación de una aeronave, tanto civil como militar. Así como, las consecuencias de volar como pasajero de aeronaves no pertenecientes a líneas regulares.
 - La navegación profesional marítima.
 - Trabajos en industrias químicas u otras que utilicen materias tóxicas, explosivas o corrosivas.
 - Trabajos de construcción o extracción realizados bajo tierra, bajo o sobre el agua.
 - Los accidentes y enfermedades que sean consecuencia del ejercicio de las actividades propias de las siguientes actividades:
 - Los profesionales de los cuerpos de bomberos, rescate y salvamento.
 - Los profesionales de las Fuerzas Armadas y de los Cuerpos de Seguridad de todas las Administraciones.
 - Los profesionales o personas contratadas para realizar funciones de vigilancia privada y de control de acceso a todo tipo de locales o establecimientos.
 - La práctica profesional de cualquier deporte.
 - La realización como aficionado, aunque sea de forma puntual, de los siguientes deportes:
 - Ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros, paracaidismo, ascensiones en globo, planeador y motoplaneador.
 - Espeleología, la práctica de escalada y alta montaña
 - Barranquismo, hidrospeed, rafting y, en general, cualquier deporte en aguas bravas.
 - Caza, deportes en los que se empleen armas de fuego y tiro con arco.
 - Inmersiones acuáticas y submarinismo con aparatos de respiración autó-

- noma a más de 20 metros de profundidad.
- Rugby.
- Boxeo, judo, artes marciales y luchas de cualquier clase.
- Motonáutica, quad y motocross.
- Puenting y otras modalidades de salto con cuerda elástica.
- Esquí fuera de pistas y saltos de esquí o de trampolín.
- Bobsleigh.
- Cualquier deporte o actividad ecuestre.
- Toreo, rodeo o encierro de reses en todas sus manifestaciones.

10. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares de la póliza, siempre que se haya abonado la prima. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

No obstante, el Tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora entregue la póliza. Esta facultad unilateral de rescisión del contrato deberá ejercitarse fehacientemente por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora, devolviendo al Tomador la prima satisfecha, **excepto la parte correspondiente al tiempo en que la cobertura ha tenido vigencia.**

11. ¿Cuál es la duración del seguro?

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las condiciones particulares y, a su vencimiento, salvo pacto en contrario, se prorrogará tácitamente año por año, siempre que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con las tarifas establecidas por la Entidad Aseguradora en cada momento.

No obstante, el seguro se extingue:

- Quando el Tomador o la Entidad Aseguradora soliciten su rescisión, oponiéndose a la prórroga mediante comunicación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo mínimo de, al menos, un mes de anticipación al vencimiento de la anualidad de seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.
- Quando el Tomador deje de pagar las primas dentro de los plazos establecidos en estas condiciones generales.
- Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad, salvo que la Entidad Aseguradora conceda una autorización expresa de prórroga anual.
- Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado deje de tener su residencia principal y fiscal en España.
- Con el abono por parte de la Entidad Aseguradora de las prestaciones previstas para alguna de las garantías de «Fallecimiento por Accidente» y «Gran Dependencia por Accidente».

12. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?

Al vencimiento de cada anualidad de seguro, **y salvo renuncia expresa del Tomador**, los importes asignados a las distintas garantías aseguradas que figuran en las condiciones particulares, **excepto en el caso que se alcancen los límites de aseguramiento establecidos por la Entidad Aseguradora**, se revalorizarán automáticamente en función de las variaciones positivas del Índice nacional general de Precios al Consumo (IPC). De igual forma la prima de cada garantía se calculará en base a los nuevos capitales de acuerdo con las tarifas vigentes en el momento de la renovación anual.

13. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la Entidad Aseguradora, si no se especifica nada en contra en las condiciones particulares.

13.1 Pago domiciliado

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a. El Tomador entregará a la Entidad Aseguradora carta dirigida a la entidad de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b. La prima se entenderá satisfecha en la fecha de su vencimiento, salvo que, intentando el cobro, el recibo de prima resultase impagado por cualquier motivo.
- c. Durante la vigencia de la póliza, el Tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la Entidad Aseguradora a la vez que le facilite la nueva orden de domiciliación, dirigida a la entidad de crédito, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

13.2 Fraccionamiento de la prima

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el Tomador podrá solicitar el fraccionamiento semestral, trimestral o mensual, aplicando la Entidad Aseguradora el correspondiente recargo, de acuerdo con las tarifas y límites vigentes en cada momento.

13.3 Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base a la póliza. Si por culpa del Tomador, la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si, de conformidad con lo

expuesto, el contrato se halla resuelto o extinguido, el Tomador no podrá rehabilitar la póliza.

14. ¿Qué otras obligaciones tienen el Tomador y el asegurado?

El Tomador o, en su caso, el Asegurado deberá comunicar a la Entidad Aseguradora, durante la vigencia del contrato y tan pronto como le sea posible:

- el cambio de residencia principal y fiscal del Asegurado fuera de España;
- las declaraciones inexactas de los cuestionarios presentados por la Entidad Aseguradora; y
- la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en dichos cuestionarios que agraven el riesgo, excepto las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Entidad Aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho supuesto el Tomador tiene un plazo de 15 días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales, y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

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

En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la Entidad Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con dolo. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

15. ¿A quién se entrega la prestación?

15.1 En la contingencia de fallecimiento por accidente

La prestación se entrega a los beneficiarios.

15.1.1 Designación del beneficiario

El Tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada fehacientemente a la Entidad Aseguradora o en el último testamento válido, siendo la última efectuada en el tiempo la que se tendrá en cuenta.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera beneficiarios

concretamente designados, se entenderá, de conformidad con lo establecido en el apartado 1. d) de estas condiciones generales, que los mismos son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del Asegurado - salvo que hubiese recaído sentencia de separación - o su actual pareja de hecho, debidamente inscrita en el Registro de Parejas de Hecho en la fecha de fallecimiento del asegurado, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales y, por último, sus herederos.

15.1.2 Revocación del beneficiario designado

El Tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La revocación deberá hacerse en cualquiera de las mismas formas previstas que para realizar la designación.

15.2 En la contingencia de gran dependencia por accidente

En caso de ser reconocida, por la Entidad Aseguradora, la situación de gran dependencia como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, la prestación se entregará al asegurado. En el supuesto de fallecimiento del asegurado, una vez reconocida la prestación por la Entidad Aseguradora y pendiente de cobro, ésta será abonada a aquéllos que sean beneficiarios de la contingencia de fallecimiento del asegurado.

Una vez abonada la prestación por gran dependencia por accidente, la póliza se extinguirá de forma definitiva.

15.3 Opción de Renta

A petición de los beneficiarios, se podrá transformar la totalidad o una parte del capital en una renta, a elegir entre las que tenga en vigor la Entidad Aseguradora en el momento de la transformación.

Para la transformación del capital asegurado en una renta asegurada, se aplicarán las bases técnicas que la Entidad Aseguradora tenga en vigor en el momento de la transformación.

16. ¿Cuál es el procedimiento de actuación para percibir la prestación?

Los beneficiarios o el asegurado, según el caso, deberán comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a una prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde haber conocido el siniestro.

En cualquier caso, **el pago de las prestaciones se efectuará siempre en España.**

Para percibir la prestación, los beneficiarios deberán aportar la siguiente documentación:

16.1 Para la contingencia de fallecimiento por accidente

- a. Certificado de defunción del asegurado.
- b. Copia del DNI del Asegurado y, en su defecto, permiso de residencia.
- c. Informe del médico que haya asistido al asegurado, detallando los antecedentes, el origen, la evolución y la naturaleza del accidente o lesión corporal que haya originado el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o

documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

- d. Documentos acreditativos de la personalidad y legitimación de los beneficiarios. En su caso, Certificado del Registro de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador y, si no existiera testamento, deberá aportarse el acta notarial de notoriedad o el Auto judicial de Declaración de Herederos Abintestato.
- e. En el supuesto de que el Tomador y el beneficiario no sean la misma persona, en su caso, documento que justifique haber presentado a liquidación la documentación correspondiente para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o, en su caso, el ingreso de la autoliquidación practicada.

16.2 Para la contingencia de gran dependencia por accidente

16.2.1 Declaración de la dependencia

El Asegurado o una persona de su entorno deberán comunicar, por escrito, a la Entidad Aseguradora la pérdida de autonomía del Asegurado que pueda originar una situación de dependencia indemnizable por esta póliza.

16.2.2 Cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado

El médico asistencial del Asegurado deberá cumplimentar el cuestionario médico que, tras la declaración del asegurado, la Entidad Aseguradora le habrá remitido. Dicho cuestionario contendrá el diagnóstico e información relacionada con el origen y estado de dependencia, y deberá ser dirigido a los servicios médicos de la Entidad Aseguradora.

El Asegurado deberá facilitar, igualmente, toda la información solicitada por la Entidad Aseguradora.

16.2.3 Reconocimiento médico realizado por la Entidad Aseguradora

A la vista del cuestionario médico anterior, los servicios médicos de la Entidad Aseguradora podrán decidir que un médico experto, designado por la Entidad Aseguradora, realice un reconocimiento médico con la finalidad de examinar al asegurado.

El reconocimiento del médico experto se realizará en su consulta, en el domicilio del Asegurado o, en su caso, en la institución en que este último esté ingresado. Dicho reconocimiento se practicará en España.

El Asegurado deberá permitir el libre acceso de su dossier sanitario al médico experto.

La Entidad Aseguradora no se hará cargo de los gastos de desplazamiento del Asegurado a la consulta del médico experto.

El rechazo al médico experto designado por la Entidad Aseguradora o rechazar su libre acceso al dossier sanitario del Asegurado implicará la pérdida del derecho del Asegurado a las prestaciones previstas en esta póliza.

16.2.4 ¿Cómo se determina el estado de dependencia?

La concesión de la prestación se reconoce por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora, en base a los informes médicos indicados en el apartado anterior.

El Asegurado podrá aportar todos los informes y valoraciones de las que disponga, documentación que también será valorada.

17. ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y qué consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del Tomador y del asegurado?

17.1 Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión el siniestro ya hubiera ocurrido.

17.2 Pérdida del derecho a la prestación

La plena validez de esta póliza depende de la veracidad y exactitud de las declaraciones del Tomador y, en su caso, del asegurado, realizadas en la solicitud de seguro, en los cuestionarios a los que sean sometidos por la Entidad Aseguradora y en cualquier otra declaración escrita.

Los beneficiarios perderán el derecho a la indemnización en los siguientes casos:

- a. Cuando el Tomador y, en su caso, el Asegurado incurran, al cumplimentar los correspondientes cuestionarios sobre la valoración del riesgo, en ocultación dolosa o con culpa grave.
- b. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, cuando la verdadera edad de éste, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excediera de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora.
- c. Si la primera prima no ha sido pagada por el Tomador antes de que se produzca el siniestro.
- d. Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información necesaria, a juicio de esta última, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, en el supuesto de que hubiese ocurrido dolo o culpa grave.

17.3 Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación

Si ocurre un siniestro antes de que a la Entidad Aseguradora le sea comunicada la agravación del riesgo, y siempre que el Tomador o el Asegurado no hayan actuado con mala fe, la Entidad Aseguradora pagará la cantidad que habría podido ser asegurada con la prima satisfecha al aplicar la prima que le hubiera correspondido, de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.

18. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?

Las comunicaciones dirigidas a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador, del Asegurado o de los beneficiarios, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la Entidad Aseguradora, o en su caso, a través del agente de ésta. Las comunicaciones remitidas por los corredores de seguros o por cualquier otra persona a la atención de la Entidad Aseguradora no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio de ésta.

Las comunicaciones efectuadas a la Entidad Aseguradora por un corredor de seguros en nombre del tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio

Tomador, salvo indicación en contrario de éste, precisándose el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato, para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor, o para realizar modificaciones respecto a la domiciliación bancaria o sistema de abono de los recibos de prima.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador, al Asegurado o a los beneficiarios, se realizarán al último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora.

19. Mecanismos de resolución de conflictos

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b. En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:

Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web (www.grupo-acm.es). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.

El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, en el horario 8:30 a 20:00 horas.

20. Contratación a distancia

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A de 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

21. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

22. ¿Quién deberá pagar los impuestos?

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador. Los impuestos y recargos sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

La Entidad Aseguradora queda obligada a retener aquella parte del importe de cada prestación que corresponda, de acuerdo con la legislación fiscal vigente y las circunstancias por ella conocidas.

23. Protección de los datos personales

Responsable: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crédit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos.

Legitimación: ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crédit Mutuel-CIC; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.

Plazo de conservación: durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.grupo-acm.es.

24. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o 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 pudieron 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.

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. 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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que 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 de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- 1) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- 2) 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la Entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- 1) La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2) La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
- 3) Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4) Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Garantía complementaria de SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. Coberturas

Esta garantía incluye los siguientes servicios:

- Servicio telefónico de orientación médica y social.
- Segunda opinión médica.

2. Beneficiario

Será beneficiario, de los servicios incluidos en esta garantía, el asegurado.

3. Servicio telefónico de orientación médica y social

3.1. Ámbito territorial

Los servicios telefónicos de orientación se prestarán en todo el territorio del Estado Español con independencia del lugar de residencia del asegurado.

3.2. Condiciones de acceso al servicio

Los servicios telefónicos de orientación se prestarán durante las 24 horas del día durante todos los días del año, con la excepción del servicio de orientación social que se prestará de lunes a viernes de 9h a 14h y de 15:30h a 17h.

Para beneficiarse de los servicios, el Asegurado deberá contactar con la Entidad Aseguradora a través del número de teléfono indicado en las condiciones particulares y en la página web de la Entidad Aseguradora.

La cobertura del seguro incluye únicamente el servicio de información y valoración telefónica y en ningún caso son objeto de cobertura los gastos derivados de una asistencia presencial.

3.3. Servicios telefónicos cubiertos

3.3.1 Servicio de orientación médica

Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre salud personal: hábitos saludables (alimentación...), los efectos secundarios de medicamentos, la información general sobre las patologías, la nutrición y tratamientos.
- Orientación telefónica enfocada a identificar profesionales adecuados a la necesidad sanitaria del asegurado.

3.3.2 Servicio de orientación social

Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre cuestiones de la vida diaria: vivienda, alojamiento, residencias, centros de día, ayudas técnicas, pensiones, jubilaciones y servicios públicos.
- Asesoramiento telefónico en gestiones relacionadas con Servicios Sociales y Prestaciones Públicas.

4. Segunda Opinión Médica

La Entidad Aseguradora garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión

facilitada por un comité médico internacional, designado por la Entidad Aseguradora, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA).

Asimismo, la Entidad Aseguradora garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el Asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico.



 www.agrupacio.es

 **93 482 66 00**

Seguro distribuido y asegurado por Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A. aseguradora perteneciente al Grupo internacional Assurances du Crèdit Mutuel, un gran grupo asegurador comprometido con las personas. Agrupació tiene su domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - NIF A-65782807 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª con clave de registro en la DGSyFP C-0790