

POLIZA DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

Artículo preliminar

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), cuyo artículo 2.º establece que serán válidas las cláusulas contractuales, distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza sólo serán válidas con la previa aprobación por escrito del suscriptor de la póliza.

En este contrato se entiende por

ASEGURADOR: Es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

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

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

BENEFICIARIO: Es la persona física o jurídica, titular del derecho a la indemnización, coincidiendo en la cobertura de invalidez con el asegurado.

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

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

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de la indemnización del Asegurador.

DEFINICION DE ACCIDENTE: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Se entiende por invalidez permanente la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado cuya intensidad se describe en el Art. 104 de la Ley 50/1980.

Asimismo se entenderá por invalidez temporal aquella que de acuerdo con el dictamen referido en el párrafo anterior se estima recuperable, y durante el tiempo que impida la normal realización de su trabajo habitual por el Asegurado.

Art. 1 Objeto del Seguro

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

Art. 2 Riesgos excluidos:

No están cubiertos por el Seguro, los accidentes:

a) Provocados intencionadamente por el Asegurado o dolosamente por el beneficiario; en este último caso quedará nula la designación hecha a su favor y la indemnización corresponderá al Tomador o, en su caso a los herederos de este.

b) Producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefaccientes.

c) Derivados de una actuación delictiva del Asegurado o de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave así declarada judicialmente.

d) Ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y en cualquier caso los derivados del uso de motocicletas o ciclomotores, sea como conductor o como ocupante.

e) Que resulten de la utilización por el Asegurado de aparatos de navegación aérea, salvo que se trate de vuelos como pasajeros en líneas regulares o vuelos "charter".

f) Que sean debidos a la guerra, civil o extranjera.

g) De carácter político o social, así como los que se produzcan por motines y alborotos o tumultos populares, asonada, sedición, rebelión, revolución, fuerzas o medidas militares, revueltas o conmociones, erupciones volcánicas, huracanes, terremotos o temblores y desprendimientos de tierra, otros fenómenos sísmicos o meteorológicos y, en general, por cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico que quedan amparados en las condiciones establecidas por el consorcio de Compensación de Seguros en la cláusula especial incorporada al presente contrato (Art. 19)

h) Originados con ocasión de duelos, desafíos, apuestas o riñas, a no ser que es este último caso el Asegurado haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

i) Ni lesiones debidas a reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

j) Que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte, así como la del fútbol, rugby, baloncesto o balonmano de competición. En cualquier caso se excluye los derivados del ejercicio de los siguientes: boxeo, judo y cualquier otro de lucha corporal; deportes aéreos, incluido paracaidismo; caza mayor fuera de España; espeleología; deportes submarinos; deportes acuáticos practicados a más de 3

kilómetros de la orilla o costa; automovilismo y motorismo; esquí y escalada; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo; toreo y encierro de reses bravas.

k) Ocurridos durante el servicio militar o interviniendo en maniobras militares navales, terrestres o aéreas.

No se consideran accidentes:

a) Las enfermedades de todas clases que sean consecuencia directa de un accidente cubierto en esta póliza.

b) Las lesiones corporales que se produzcan a consecuencia de una enfermedad o por enajenación mental

c) Los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía, cardiovasculares o epilépticos, así como las lesiones que pudan producirse a consecuencia de los mismos.

d) Las aneurismas, varices, ciática, toda clase de hernias y sus consecuencias, sí como las distensiones musculares, esquinces y el lumbago.

e) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en este contrato.

f) Las intoxicaciones alimenticias, envenenamientos e infecciones de carácter general, las insolaciones y congelaciones y otras consecuencias de la acción de la temperatura que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado por esta póliza.

g) Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencias de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.

En caso de agravarse las consecuencias de un accidente por una enfermedad o estado morboso preexistente o sobrevenido después de ocurrido aquél, pero por causas independientes del mismo, la Compañía responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera probablemente tenido sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morboso.

Art. 3.º Personas no asegurables

- Las personas menores de 14 años y mayores de 65.
- En cualquier caso el contrato quedará rescindido al término de la anualidad en que el asegurado cumpla la edad de 70 años.
- Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica, que a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra de salud normal.

Art. 4.º Perfección y efectos del contrato.

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en condiciones particulares.

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

Art. 5.º Límites Geográficos.

En materia de riesgos ordinarios cubiertos por la presente póliza, las garantías de la misma en los supuesto de muerte y mutilación del Asegurado surten efectos en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

En cuanto a invalidez temporal y gastos de asistencia, sólo queda garantizada dentro de los límites del territorio español.

Art. 6.º Garantías del seguro.

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

6.1. En caso de MUERTE:

Si el accidente ocasiona la MUERTE del Asegurado inmediatamente, **o en el plazo de un año a contar desde la fecha de aquél**, la Compañía satisfará al Beneficiario el capital fijado para este caso en las Condiciones Particulares.

6.2. En caso de INVALIDEZ PERMANENTE:

6.2.1. Si el accidente ocasiona INVALIDEZ PERMANENTE del Asegurado, **comprobada y fijada en término de un año** desde su ocurrencia, la Compañía le pagará la indemnización que corresponda en base a las tasaciones siguientes en porcentaje del capital fijado para este caso en las Condiciones Particulares:

Por la pérdida completa o impotencia funcional y absoluta de ambos brazos o manos, piernas o pies, o de un brazo y unpie, un brazo y una mano y un pie 100%

Enajenación mental, absoluta e incurable 100%

Ceguera absoluta o parálisis completa .. 100%

Pérdida total de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas 100%

	Dcho	Izdo
Pérdida total de un brazo o de una mano	70%	60%
Pérdida total del movimiento del hombro	30%	20%

Pérdida total del movimiento del codo..	20%	15%
Pérdida total del pulgar y del índice..	40%	30%
Pérdida total de tres dedos comprendidos el pulgar o el índice	35%	
	30%	
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30%	25%
Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	25%	20%
Pérdida total del pulgar sólo	22%	18%
Pérdida total del índice sólo	15%	12%
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique	10%	8%
Pérdida total de dos de estos últimosdedos	15%	12%
(La pérdida anatómica total de un metacarpiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo y mano a que corresponda.)		
Pérdida total de una pierna o amputación por encima de la rodilla	50%	
Pérdida parcial de una pierna por debajo de la rodilla o amputación de un pie	40%	
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	40%	
Pérdida completa de los movimientos de la garganta de un pie	20%	
Pérdida de movimiento de la articulación subastragalina	10%	
Pérdida total del dedo gordo de un pie.	10%	
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5%	
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%	
Fractura no consolidada de una rótula..	20%	
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	
Acortamiento por los menos de 5 centímetros de un miembro inferior	15%	
(La pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo a que corresponda.)		
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33%	

Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas 33%

Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular 30%

Si la visión del otro estaba perdida antes del accidente 50%

Sordera completa de los dos oídos 40%

Sordera completa de un oído 10%

Si la sordera del otro existía antes -
del accidente 20%

Pérdida total de una oreja 7.50%

Pérdida total de las dos orejas 15%

Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función normal respiratoria
..... 5%

Pérdida total de la nariz 15%

Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula 25%

La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal, será equivalente a un porcentaje de un 1 por 100 por cada centímetro cuadrado, siempre que no haya sido sustituida por materiales adecuados, pero con un máximo de un 15%

En los casos que no estén señalados anteriormente, como en los de pérdida parcial de los miembros antes indicados, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad, comparada con la de las invalideces enumeradas.

En el caso de que el Asegurado perdiese simultáneamente varios de dichos miembros, el grado de invalidez se fijará sumando las respectivas tasaciones, pero en ningún caso podrá exceder del 100 por 100.

Si el Asegurado fuera zurdo y así lo hubiere declarado en la proposición del Seguro, los porcentajes de invalidez para el miembro superior izquierdo o viceversa.

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos corporales, la invalidez causada por dicho accidente no podrá ser clasificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde vista de la integridad corporal.

6.2.2 En caso de INVALIDEZ PERMANENTE sobrevenida al Asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la Póliza que deja lesiones residuales corregibles mediante prótesis, la Compañía pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del 10 por 100 del capital indemnizable para caso de invalidez hasta la cantidad de 25.000 pesetas.

6.2.3. Si después del pago de la indemnización por INVALIDEZ PERMANENTE, el Asegurado muere a consecuencia del accidente dentro del año de haber ocurrido éste, la Compañía abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de **muerte**, si ésta es superior; en caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del Beneficiario.

6.2.4. El plazo de un año que se subraya en los párrafos 6.1 y 6.2.1 se amplía a un año más mediante la presentación por quien corresponda a un certificado médico acreditativo de que el fallecimiento o la invalidez permanente ocurrido con posterioridad al año es consecuencia directa del accidente.

6.3 En caso de INCAPACIDAD TEMPORAL:

Si el accidente ocasiona INCAPACIDAD TEMPORAL del Asegurado para el desarrollo de las ocupaciones inherentes a la profesión habitual que conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, obligándole a someterse a tratamiento médico, la Compañía le abonará desde el comienzo de éste y con el límite de trescientos sesenta y cinco, a contar desde la fecha del accidente.

6.3.1. La cantidad entera convenida como indemnización diaria en las Condiciones Particulares durante el tiempo que el Asegurado se encuentre completamente incapacitado para atender a sus ocupaciones, sin poder tampoco dar instrucciones, dirigir o vigilar.

6.3.2. El 50 por 100 de la indemnización diaria convenida si ha conservado o adquirido un cierto grado de capacidad, aúb cuando pueda seguir precisando el tratamiento médico.

6.3.3. La indemnización por INCAPACIDAD TEMPORAL, que se abona independientemente de la que corresponda por MUERTE o INVALIDEZ PERMANENTE, cesa en todo caso en el momento en que se produzca la primera o se fije esta última.

6.3.4. Si la cobertura de INCAPACIDAD TEMPORAL se contratase estableciendo un período de carencia de ocho, quince o treinta días, la Compañía comenzará a pagar la indemnización diaria a partir del noveno, decimosexto o trigésimo primer día, a contar desde aquel en que comenzó el tratamiento médico.

6.4 GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA:

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, la Compañía garantiza, durante el plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, a contar desde la fecha del accidente, el pago de los GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA ocasionados al Asegurado por dicho accidente. Se comprende en este concepto los Gastos Farmacéuticos, de Hospitalización en Sanatorios y Clínicas y Médicos, en general, en la cuantía y con las limitaciones que se fijan en las Condiciones Particulares.

Mediante indicación expresa en éstas, podrán considerarse también comprendidos en esta cobertura, los Gasto de Desplazamientos (incluido Manutención y Estancia), del

Asegurado, cuando por indicación del Facultativo que le asista y previa la autorización de la Compañía haya de ser tratado o examinado en población distinta a la de su residencia habitual.

La Compañía abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia, con independencia de quien los preste.

Art. 7.º Bases del Contrato.

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

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

Art. 8.º Duración del Contrato.

El presente contrato se realiza por un año. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

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

Art. 9.º Pago de la prima.

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

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro, salvo pacto contrario.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la

prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período del curso.

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

Art. 10.º Declaración, agravación y disminución del riesgo.

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de aceptar el Asegurador la agravación de riesgo a que hace referencia el párrafo anterior el Tomador del Seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha incluida en la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo, salvo pacto en contrario.

Art. 11.º Deber de información

El tomador del Seguro o el Asegurado o el beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

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

a) Dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

b) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

c) Poner en conocimiento del Asegurador, dentro del plazo máximo de 7 días, cuando sobreviniera la muerte durante el período de curación.

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 del Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

Art. 12.º Pago de indemnizaciones.

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

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

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

a) Fallecimiento.

Partida de defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Última voluntad y, si existiera testamento, certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del Seguro, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

Si los beneficiarios fuesen herederos legales será necesario, además, el auto de Declaraciones de Herederos dictado por el juzgado competente.

Así mismo deberá acreditar haber satisfecho el impuesto de Sucesiones o acreditar estar exento del mismo.

b) Invalidez Permanente.

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

c) Invalidez Temporal.

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

d) Gasto Médico-Farmacéuticos.

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

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

Art. 13.º Rescisión del contrato.

Tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador podrán rescindir el contrato después de cada comunicación de accidente, haya o no dado lugar a pago de indemnización.

La parte que tome la decisión de rescindir el contrato, deberá notificársela a la otra, por escrito cursado dentro del plazo de treinta días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización o desde la liquidación si hubiere lugar a ella. Esta notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión hay de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador del Seguro quedarán a favor del Asegurador las primas del período en curso.

Si la facultad de rescindir el contrato es ejercitada por el Asegurador, deberá reintegrar al Tomador del Seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de rescisión y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La rescisión del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en este artículo no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los

siniestros declarados.

Art. 14.º Disconformidad en la evaluación del grado de invalidez

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

Si no lograrse el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo 18 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligado a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

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

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

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

Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el mencionado artículo 18, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Art. 15.º Subrogación

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar

esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Art. 16.º Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

Art. 17.º Arbitraje y jurisdicción

1. Si las partes no estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.

2. Si cualquiera de ellas o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los Organos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de Seguro.

Art. 18.º Comunicaciones

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

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un agente libre al Asegurador en nombre del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

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

El pago de las primas que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a ésta.

Art. 19.º Riesgos extraordinarios

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley de 16 de diciembre de 1954 que crea el Consorcio de Compensación de Seguros ("Boletín Oficial del Estado" de 17 de Octubre), Real Decreto 20022/1986, de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes ("Boletín Oficial del Estado" de 1 de Octubre) y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE LAS NORMAS

1. RIESGOS CUBIERTOS

a) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos)

b) Hechos derivados del terrorismo, motín o tumulto popular.

c) Hecho o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

Conflictos armados; reuniones, manifestaciones y huelgas legales; energía nuclear; vicio o defecto propio de los bienes; mala fe del asegurado; daños indirectos; los correspondientes a póliza cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precesan en 30 días al en que haya ocurrido el siniestro, salvo reemplazo, sustitución o revaloración automática; siniestros producidos antes del pago de la primera prima; suspensión de cobertura o extinción del seguro por falta de pago de las primas; y los calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

A) Comunicar en las Oficinas del Consorcio o de la Entidad Aseguradora de la póliza ordinaria 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 o certificación de la Entidad Aseguradora acreditativos 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 o suplementos a dicha póliza si las hubiere.

B) Conservar restos y vestigios del siniestro para a 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 cuidarse que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones que sería a cargo del Asegurado.

CLAUSULA PARA EL SEGURO CON REVALORIZACION AUTOMATICA DE SUMAS ASEGURADAS MEDIANTE INDICE VARIABLE

Se incluye en la póliza la garantía de REVALORIZACION AUTOMATICA DE LAS SUMAS ASEGURADORAS, de acuerdo con las cláusulas siguiente:

1° Los capitales afectados por esta garantía quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo las fluctuaciones del INDICE GENERAL DE PRECIOS DE CONSUMO que publica el Instituto Nacional de Estadística en un boletín mensual o en el último índice corregido para las anualidades sucesivas.

2° Los nuevos capitales revalorizados, así como la nueva prima, serán los resultantes de multiplicar los que figuran en la póliza por el factor que resulte de dividir el índice de vencimiento entre el índice de vencimiento y el índice base.

Se entiende por índice base el que figura en la póliza, que corresponde al último publicado por el Organismo citado en al fecha de emisión de la misma.

Se entiende por índice de vencimiento el último publicado por dicho Organismo con dos meses de antelación al vencimiento anual de la póliza.

3° El Asegurador podrá renunciar a los beneficios de esta Garantía en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente a la Compañía, por carta certificada, por lo menos con tres meses de antelación a dicho vencimiento.