



Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros y ILUSTRRE COLEGIO DE ABOGADOS DE ZARAGOZA

Teléfono de Atención al Cliente

902 344 000 / 932 220 212

Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

Índice

Condiciones Particulares	desde la página 1 hasta la 4
Condiciones Especiales	desde la página 5 hasta la 17

Datos Compañía

Seguros CATALANA OCCIDENTE
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sociedad dependiente del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000,00

Patrimonio neto

Euros 3.204.135.605,98

Datos económicos - financieros consolidados del Grupo CATALANA OCCIDENTE, S.A. Y SOCIEDADES DEPENDIENTES a 31 de diciembre de 2018, según Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

Nº de póliza
8-6.455.006-L

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid
NIF: A-28119220

Tomador del seguro

ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE ZARAGOZA
C/ Don Jaime I
50001 ZARAGOZA
NIF: Q5063001A

Oficina emisora

Sucursal Corredores Madrid

Corredor

ADARTIA GLOBAL, CORRED DE SEG S.A.
AV. Brasil, 4
28020 MADRID
Telf: 917819545

Riesgo asegurado y ámbito de la cobertura

Número de Asegurados: 2.476
Subfamilia de riesgo: ver hojas anexas
Descripción del riesgo: ver hojas anexas
Ámbito temporal de la cobertura :24 horas

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12:00 horas del día 1 de enero de 2018
Se establece por una duración de un año prorrogable
No varían las condiciones del contrato no modificadas por este suplemento.
Este suplemento toma efecto a las 12:00 horas del día 1 de enero de 2020
La forma de pago será semestral cada 01 de enero y julio.

Domicilio de cobro

BARCLAYS BANK
Número de cuenta (IBAN)
ES70 0065 0002 7130 0000 0556

Desglose del primer recibo de prima

Núm. del recibo:	069471833-D	Consortio	123,86 €
Periodo:	de 01.01.2020 a 01.07.2020	Imp. s/primas 6.672,33:	400,34 €
Prima neta:	6.672,35 €		

PRIMA TOTAL

7.196,55 €

Indicaciones aclaratorias

El asegurado renuncia expresamente a los beneficios que pudiera obtener con la inclusión de la cláusula de revalorización automática

Suplemento nº 7 - Modificación de características del riesgo

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

Relación de Asegurados y coberturas contratados en la póliza

Datos del asegurado	Coberturas contratadas	Suma asegurada, €	Franquicia
Grupo - 1 Subfamilia de riesgo: Profesionales del Derecho Descripción del riesgo: Abogados ejercientes del Colegio Tomador del seguro, menores de 65 años Número asegurados: 2.368	Muerte por accidente Invalidez permanente absoluta por accidente	30.000,00 30.000,00	
Grupo - 2 Subfamilia de riesgo: Profesionales del Derecho Descripción del riesgo: Abogados ejercientes del Colegio Tomador del seguro, de entre 65 y 70 años Número asegurados: 108	Muerte por accidente	30.000,00	

Prima neta póliza : 13.344,69

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

Nº de póliza
8-6.455.006-L

Datos facilitados por el Tomador del Seguro y que han servido a la Entidad Aseguradora para establecer las bases del contrato.

El Tomador del Seguro realiza las siguientes declaraciones respecto al riesgo asegurado:

1. Composición del grupo asegurado y Régimen de afiliación a la S. Social

El número de asegurados al inicio del contrato de seguro es de: 2.476
Este número corresponde al total de asegurados, vinculados al Tomador, que figuran inscritos en el Régimen de la Seguridad Social: Trabajadores por cuenta propia o autónomos
La dependencia laboral de todos los Asegurados es: Trabajo por cuenta propia
Elige la forma de contratación de grupo: Grupo
Edades: Existe algún Asegurado menor de 16 años o mayor de 65 años

2. Variación del grupo asegurado. Regularización al final del periodo de cobertura de seguro

Al término de cada periodo se obliga a comunicar al Asegurador el número real de Asegurados, conforme a la relación de las Altas y/o Bajas del colectivo que se hubiesen producido durante el periodo de cobertura transcurrido, la cual remitirá al Asegurador.
Asimismo, acepta la regularización resultante del cálculo de la prima sobre el número real de Asegurados, respecto del número que constaba al inicio, en los términos pactados en las Condiciones Especiales del presente contrato (en su apartado 'Generalidades, Variación del grupo asegurado. Regularización de la prima de seguro').
En caso de incumplimiento de la obligación de comunicación antes indicada, queda enterado de la posible aplicación de una regla de equidad por parte del Asegurador, sobre la indemnización a satisfacer en caso de siniestro cubierto, si el número real de Asegurados durante el periodo de cobertura fuese superior, en promedio, al número declarado al inicio del citado periodo.

3. Estado de salud

Declara que en la fecha de emisión de este contrato, NO existe ningún Asegurado de los incluidos en el grupo que:
- Padece actualmente alguna enfermedad grave o minusvalía física o psíquica
- Esté tramitando un expediente de Invalidez, por cualquier causa.
Asimismo se compromete a poner en conocimiento del Asegurador los datos de aquél o aquellos Asegurados que se encuentren en alguna de las circunstancias de estado de salud expresadas, y causen alta en la póliza con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, mientras permanezca éste vigente.

4. Práctica de deportes

Tampoco existe ningún Asegurado que, como aficionado, practique deportes peligrosos o de elevado riesgo de accidentabilidad de entre los enumerados en las Condiciones Especiales del contrato (en su apartado "Generalidades, Exclusiones, II. o) deportes no profesionales"), o de ejercitarlos, no desea cubrir en este contrato de seguro el riesgo de accidente durante dicha práctica

Cláusulas adicionales

1. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Cambio de beneficiario:
Don Jose Maria Lumbreras Lacarra con nif 25166207K, designa expresamente como BENEFICIARIOS de la misma a:

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Accidentes Colectivos

Profesional

- Doña Jara Latorre Millan con DNI 25.208.838-X
- Don Guillermo Lumbreras Millan con DNI 26.280.293-X

Teniendo en caso de siniestro que demostrar el Tomador fehacientemente su pertenencia al colectivo.

2. DESCRIPCIÓN COLECTIVO ASEGURADO Y COBERTURAS

Descripción del riesgo: Abogados ejercientes del Colegio Tomador del seguro, teniendo en caso de siniestro que demostrar el Tomador fehacientemente su pertenencia al colectivo.

Ámbito de cobertura: 24 horas

Garantías y capitales:

GRUPO 1: Asegurados menores de 65 años

Muerte por accidente: 30.697,67€
Invalidez Permanente Absoluta: 30.697,67€
Fallecimiento del asegurado y su cónyuge en un mismo accidente: 6.000 € adicionales
Fallecimiento de ambos cónyuges siendo ambos abogados ejercientes del Colegio y asegurados en SCO por póliza de RC: 12.000 € adicionales

GRUPO 2: Asegurados de entre 65 años y 70 años

Muerte por accidente: 30.697,67 €

Edad límite de contratación: 65 años
Edad límite de permanencia en póliza: 70 años

=====

Definiciones

ACCIDENTE

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

A efectos del presente contrato, tendrán además la consideración de accidente:

- Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un movimiento anómalo del cuerpo, sobrecarga o esfuerzo súbito.
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

No se considerarán accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo garantizado expresamente en las coberturas de Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral) , o Repatriación para extranjeros (en caso de fallecimiento), o Gastos de Sepelio (fallecimiento por cualquier causa) o Gastos por Hospitalización (indemnización diaria) , de haberse contratado alguna de ellas.

Tampoco se consideran accidentes aquellos supuestos excluidos expresamente de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales o Generales del contrato.

ACCIDENTE DE CIRCULACION

Se entenderá como tal, a los efectos del presente contrato de seguro, la lesión corporal que sobrevenga al Asegurado por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mismo, que se origine en un hecho de la circulación en el que el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.- Como peatón en la vía pública, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento.
- 2.- Como pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, que esté destinado al transporte de personas.
- 3.- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- 4.- Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**

AMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA

Según se pacte en las Condiciones Particulares del contrato, el ámbito temporal en el que las coberturas del seguro estarán vigentes podrá ser alguno de los siguientes:

- **24 horas:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión, declarada en la presente póliza, o en su vida privada.
- **Laboral:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante el ejercicio de su profesión, declarada en la presente póliza. Queda comprendido dentro de esta definición el riesgo in-itinere , es decir, el accidente que se produzca en el trayecto directo e inmediato, entre el domicilio habitual del Asegurado y su lugar de trabajo, o viceversa. **En consecuencia, quedan excluidos los accidentes que ocurran en el curso de la vida privada, o durante el ejercicio de actividades profesionales o empresariales distintas a las indicadas en la presente póliza.**
- **Extra-laboral:** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante el curso los actos realizados en su vida privada. **En consecuencia, quedan excluidos los accidentes que puedan producirse durante el ejercicio de cualesquiera actividades laborales, profesionales o empresariales.**

ASEGURADO

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Los asegurados incluidos en el contrato constituyen el llamado "Grupo asegurado", el cual está formado, **salvo pacto en contrario**, por un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común.

BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Salvo designación expresa en la póliza, para las contingencias aseguradas sobre la vida el beneficiario será el propio Asegurado.

Condiciones Especiales

Definiciones

Para el caso de muerte del Asegurado, y coberturas relacionadas con la muerte, **a falta de designación expresa en la póliza** serán beneficiarios del seguro, por el orden de prelación que se indica, la persona o personas siguientes:

1º el cónyuge; 2º los hijos por partes iguales; 3º los padres del Asegurado; y 4º los herederos legales del Asegurado.

En caso de fallecimiento, el Asegurado podrá designar libremente al beneficiario del seguro; si así no lo hiciera, se estará a lo establecido en el párrafo anterior.

ENFERMEDAD COMUN

Es la alteración de la salud, diagnosticada por un médico con capacidad legal para el ejercicio de su profesión, que no tenga la condición de accidente conforme se define éste en la presente póliza y en la Ley de Contrato de Seguro.

FRANQUICIA TEMPORAL

Es el periodo de tiempo, expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, en que la indemnización por causa de un siniestro corre siempre a cargo del Asegurado.

El importe a deducir por la franquicia temporal será el resultante de multiplicar el número de días pactados, a contar desde la fecha ocurrencia del siniestro (**o ien desde la fecha de comunicación del mismo, si así se pactara en el contrato**), por la indemnización diaria que prevé la cobertura de seguro.

PLAZO DE CARENCIA

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

SINIESTRO

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de daños y perjuicios o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por las coberturas de muerte, invalidez permanente o lesiones permanentes no invalidantes, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del Asegurado.**

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

b) Acreditación de accidente.- Corresponde al Tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve que el fallecimiento del Asegurado se ha producido por causa de un accidente cubierto por la póliza.

c) La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas.- El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del Asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo Asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el Asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el Asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

d) Anticipo.- A cuenta de la indemnización total, el Beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de Defunción original, podrá solicitar del Asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España y en euros.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del Asegurador la documentación

fehaciente que demuestre la condición de los Beneficiarios y el mencionado Certificado literal de Defunción original.

e) Impuesto de Sucesiones y Donaciones.- El Asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese Impuesto.

f) Carácter de la prima.- Declarado el siniestro de fallecimiento, el Tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) Certificado Médico Oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las Diligencias Judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

b) Certificado literal de Defunción del Registro Civil.

c) Certificado del Registro de Actos de Últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del Asegurado.

d) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

e) Carta de Pago o exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Coberturas

Invalidez Permanente Absoluta por accidente

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda, **según las normas descritas en los apartados II a V siguientes**, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre una incapacidad permanente absoluta, **siempre y cuando sea así calificada por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la Jurisdicción Social.**

Se entenderá como Invalidez o Incapacidad Permanente Absoluta, la que inhabilite por completo al Asegurado para realizar toda profesión u oficio.

A los efectos de la presente cobertura, se garantizan asimismo las lesiones que, a consecuencia de accidente cubierto, deriven en una situación de:

- **Gran Invalidez:** situación del Asegurado afecto de una incapacidad permanente absoluta y que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.
- **Pérdida anatómica o funcional completa de los miembros y/u órganos que se indican a continuación**, una vez transcurrido el tiempo suficiente para que permitiendo su posible recuperación, la pérdida resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad alguna de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico:
 - Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades
 - Paraplejía completa
 - Hemiplejía completa
 - Estado vegetativo o demencia permanente e incurable
 - Pérdida absoluta de la visión de los dos ojos
 - Pérdida total de las extremidades superiores o de ambas manos
 - Pérdida total de las extremidades inferiores
 - Pérdida total de una extremidad superior y una extremidad inferior

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo establecido en la Condición General "Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez", salvo que exista calificación de incapacidad permanente absoluta por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social y/o por la Jurisdicción Social, en cuyo caso prevalecerá ésta para la liquidación de la cuantía asegurada por la póliza para la presente cobertura.

b) **Pérdida funcional.**- La pérdida absoluta y permanente de la funcionalidad de un órgano o de

una extremidad se considera, a efectos de esta cobertura, como su pérdida anatómica.

c) **Invalideces permanentes parciales.**- En ningún caso será objeto de esta cobertura la indemnización por la pérdida o déficit parcial de la funcionalidad de uno o varios miembros u órganos.

d) **Invalideces Permanentes preexistentes.**- Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano de los indicados en el punto I. "Objeto de la cobertura" presentara amputación o pérdida total funcional, la suma asegurada por la pérdida del otro miembro u órgano sano, a resultas del accidente, se fijará en el 50% de la suma asegurada por esta cobertura.

e) **Reconocimiento médico del Asegurado.**- El Asegurado se obliga a permitir que el Asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del Perito Médico nombrado por el Asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

III. SUMAS ASEGURADAS

La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas.- El pago de la indemnización excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura de invalidez garantizada en el contrato, sobre el mismo Asegurado.

No obstante lo anterior, si después de fijada la Invalidez Permanente Absoluta sobreviniere el fallecimiento del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente, las cantidades satisfechas por el Asegurador por esta cobertura se considerarán a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de muerte, de estar ésta contratada.

IV. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) Documentación referida a la resolución administrativa de la Seguridad Social, u organismo laboral competente, o sentencia judicial firme, por la cual se califica la Invalidez Permanente Absoluta.

b) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

V. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Coberturas

Pago fraccionado de la prima anual

Nº de póliza
8-6.455.006-L

Las primas del seguro son anuales, si bien el Asegurador, a petición del Tomador del seguro, accede a fraccionar el pago del total de la prima anual, incluidos sus impuestos, en los plazos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, según las siguientes estipulaciones:

- a) De acuerdo con el vigente Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, los recargos a favor del citado organismo no son fraccionables y, por tanto, su importe íntegro se incluye en el primer recibo fraccionado de cada anualidad.
- b) El fraccionamiento del pago de la prima anual no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que el Tomador del seguro viene obligado al pago de la totalidad de los recibos en los que se fracciona la prima de la anualidad.
- c) El plazo de gracia de 30 días que se establece en las Condiciones Generales del contrato para el pago de los recibos sucesivos, únicamente tendrá validez para el primer recibo de cada anualidad de seguro en atención al carácter único e indivisible de la prima.
- d) El impago a su vencimiento de cualquiera de los recibos de prima fraccionada, por causa no imputable al Asegurador, determinará la pérdida del beneficio del aplazamiento y la automática suspensión de la cobertura del seguro, sin necesidad de que medie requerimiento de pago.

Por tanto, de producirse un siniestro estando impagado uno de los recibos fraccionados del periodo anual de vigencia de la póliza, el Asegurador quedará liberado del cumplimiento de su obligación de indemnizar.

Si el Asegurador, dentro de un periodo de vigencia anual de la póliza, hubiese efectuado el pago de indemnizaciones y se diera el impago de uno de los recibos fraccionados, podrá optar por reclamar al Asegurado el importe de los recibos fraccionados pendientes o por exigir la devolución de las indemnizaciones satisfechas.

e) En caso de desaparición del riesgo antes de finalizar la anualidad en curso, el Tomador está obligado, salvo que se hubiere pactado lo contrario, a hacer efectivo el pago de los recibos fraccionados que resten para completar dicha anualidad.

f) El Asegurador, caso de reclamar al Tomador el pago de los recibos fraccionados que no hubieran sido satisfechos, dispondrá de seis meses para ejercitar judicialmente dicha reclamación, computando dicho plazo a partir de la fecha en que el recibo debiera haberse pagado.

Generalidades

EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

a) **Incumplimiento requisitos Ley de Contrato de Seguro.-** Los hechos que no tengan la consideración de "accidente", según la definición del mismo contenida en la Ley de Contrato de Seguro y en la Condición Especial -Definiciones- de la presente póliza. Se exceptúa lo amparado por las coberturas de incapacidad temporal u hospitalización derivada de enfermedad, de estar dichas coberturas contratadas en la póliza.

En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social (salvo lo pactado para las coberturas de "Muerte por Infarto de Miocardio (causa laboral), "Invalidez Permanente Absoluta" o de "Invalidez Profesional", cuando éstas figuren contratadas), ya que esta póliza, a efectos del contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la Condición Preliminar de las Condiciones Generales.

b) **Accidentes anteriores a la entrada en vigor de la póliza.-** Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o a la fecha de pago del primer recibo, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del seguro.

c) **Agravación consecuencias de un accidente.-** La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El Asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

d) **Accidentes intencionados.-** Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.

En el concepto de accidente provocado se incluye expresamente el suicidio, la tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria y el envenenamiento de carácter voluntario.

e) **Actos dolosos.-** Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado.

f) **Conducción de vehículos.-** Los accidentes provocados por la conducción de cualquier clase de vehículo sin el correspondiente permiso en vigor, expedido por la autoridad competente. Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.

g) **Navegación aérea.-** La utilización como tripulante, de cualquier medio de navegación

aérea, entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público o privado de pasajeros.

Los accidentes de los alumnos de aviación en el transcurso de las prácticas.

h) **Navegación marítima.-** La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación de líneas marítimas (rutas comerciales tanto de viajeros como de mercancías), entendiéndose por tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

Los accidentes sufridos durante la navegación deportiva y de recreo, como tripulante o pasajero, cuando se exceda el límite de la zona de navegación para la que está habilitada la embarcación, o ésta esté gobernada por persona o personas sin posesión del título exigido, según las disposiciones legales vigentes.

i) **Enajenación mental, embriaguez, drogas.-** Los accidentes sufridos por el Asegurado estando en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, salvo que pueda probarse por parte del Asegurado o Beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda del permitido legalmente, y el Asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

j) **Intoxicación por fármacos.** Las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.

k) **Las lesiones o afecciones siguientes,** con excepción de lo que pueda estar garantizado por alguna de las coberturas contratadas en la presente póliza por causa de enfermedad:

1. Infecciones o enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, siempre que no estén motivadas por un accidente cubierto.

Tampoco quedan garantizadas las infecciones generales producidas por la picadura o mordedura de animales (como la malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, y similares), aunque si la atención o tratamiento médico de la lesión producida por los mismos.

2. Enfermedades cardiovasculares

3. Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares.

Lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, incluido

meniscos, que vengan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de defectos físicos preexistentes o degenerativos.

Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.

4. Lesiones psíquicas, "dolor", daño o perjuicio estético.-

Las lesiones psíquicas, aún derivadas de un accidente cubierto por la póliza, en las que no pueda objetivarse como causa una lesión cerebral.

Todos aquellos procesos cuyo único síntoma sea el "dolor", y no pueda objetivarse una limitación funcional o alteración anatómica mediante pruebas o exploraciones médicas.

El daño o perjuicio estético.

5. Insolaciones, congelaciones.- Los efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos por causa de un accidente cubierto por la póliza.

I) Deportes profesionales

Los accidentes ocurridos durante la práctica profesional o remunerada de cualquier deporte

m) Deportes no profesionales.-

Salvo que el riesgo o la actividad objeto del seguro sea la participación en algunos de los siguientes deportes, o se pretenda la inclusión de la práctica de los mismos como aficionado, y se pacte así en las Condiciones Particulares de la póliza, se excluyen los accidentes ocurridos practicando los deportes de:

1. Automovilismo, karting y motociclismo, en cualquiera de sus modalidades de competición o participación en pruebas de velocidad y/o resistencia.
2. Uso de motos náuticas, esquí y paracaidismo acuático, y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma.
3. Actividades aéreas tales como, aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, moto-planeador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.
4. Polo y deportes hípicos (excepto paseo).
5. Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera pistas y esquí con saltos de trampolín.
6. Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.
A estos efectos, se entiende por alpinismo la ascensión a montañas cuando se realice con ayuda de algún medio técnico de progresión (cuerdas, friends, fisureros, piolet, crampones, Dry tooling, etc.) independientemente de si hay o no

nieves perpetuas y de su grado de dificultad, incluyéndose, asimismo, la modalidad denominada **trekking** cuando se realiza en estas condiciones, y cualquier actividad practicada a más de 4.500 metros de altura.

Se entiende por **escalada**, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.

7. Rugby y fútbol americano.
8. Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.
9. Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
10. Deportes de aventura en aguas bravas, tal como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotironeo, hidrobob o barranquismo.
11. Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.
12. Utilización de armas de fuego, y el ejercicio de la caza fuera de España o de Andorra.
13. Otros deportes o actividades de nueva creación cuyos riesgos, por su especial peligrosidad, puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.
14. Para cualquier deporte, la participación directa en competiciones, torneos o exhibiciones organizadas por federaciones deportivas u organismos similares.
n) Toreo y similares.- Los accidentes sufridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.
o) Expediciones y viajes de exploración.- Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.
p) Energía nuclear.- Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva así como todas aquellas actividades derivadas de la energía nuclear.
q) Siniestros Consorciables.- Los siniestros cuya cobertura corresponda al "Consortio de Compensación de Seguros".
r) Guerras, levantamientos, rebeliones.- Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.
s) Hechos de catástrofe o calamidad nacional
Acontecimientos calificados como tal por el Poder Público.

Generalidades

t) El asegurador no será responsable de pagar, mientras dure la exposición a la sanción, cualquier siniestro o de proporcionar cualquier beneficio en tanto que tal siniestro o beneficio implique una exposición del asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América (siempre que esto no se oponga a lo establecido por los reglamentos, decisiones y demás normativas vigentes de la Unión Europea). Una vez cese la exposición a la sanción el asegurador se hará cargo de los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Excepto en el caso en que se pacte expresamente la exclusión de la revalorización automática de garantías, ésta se producirá de acuerdo con las siguientes normas:

I. Conceptos a los que se aplica la revalorización automática

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza (excepción hecha de las prestaciones incluidas en la "Asistencia en Viaje", la "Asistencia Familiar", el "Subsidio por Privación Temporal del permiso de conducir", la "Defensa Jurídica Básica", el "Reembolso de Gastos de anulación o cancelación de viaje", la "Responsabilidad Civil Privada", así como las incluidas en el "Seguro Obligatorio de Viajeros"), quedarán revalorizadas en cada vencimiento, siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el INE, u organismo que le sustituya, revalorización que como mínimo será del 2%.

A estos efectos se considerarán como capitales y límites asegurados y por tanto sujetos a la citada revalorización, no solo los que figuran en las Condiciones Particulares, sino también aquellos que se indiquen en los posibles suplementos que se emitan a la póliza.

II. Actualización de capitales y límites asegurados, franquicias y prima neta

Los capitales y límites asegurados, las franquicias y las primas netas de cada cobertura de la póliza, quedarán establecidos en cada vencimiento, multiplicando los que figuran inicialmente en esta póliza por el factor que resulte de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por índice base, el que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza. El índice de vencimiento es el que se indica en cada recibo de prima y que corresponde a la actualización del índice base en cada vencimiento siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo.

III. Vigencia de la garantía

El Tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta Cláusula en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente al Asegurador por carta certificada, por lo menos dos meses antes de dicho vencimiento.

PERSONAS NO ASEGURABLES POR SU ESTADO DE SALUD

Las personas que en el momento de la contratación de la póliza se hallen afectados de enfermedades graves:

Oncología (Cáncer, leucemia, linfomas), Psiquiatría (trastornos psicóticos, esquizoides o depresivos mayores), Neurología (epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedades cerebrovasculares, distrofias musculares), Hematología (aplasia medular grave, granulocitosis y hemoglobinopatías graves), Inmunología (asma bronquial grave, alergias alimentarias graves e inmunodeficiencias), Cardiología (Cardiopatía isquémica con necesidad de bypass, miocardiopatías con disfunción ventricular), Aparato digestivo (enfermedades hepáticas graves, resección intestinal amplia), Nefrología (enfermedad renal crónica en diálisis, síndrome nefrótico), Endocrinología (Diabetes Mellitus Tipo I), Aparato Respiratorio (Fibrosis quística, neoplasias intersticiales, displasia broncopulmonar, hipertensión pulmonar), Desórdenes o alteraciones metabólicas graves, Reumatología (artrosis generalizada, espondilitis, esclerodermia y lupus), Enfermedades infecciosas (VIH / SIDA, tuberculosis, neumonías complicadas, osteomielitis, endocarditis, sepsis), alcoholismo, toxicomanía y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social (publicada en Anexo I del RD 1148/2011), o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

No obstante, la Entidad Aseguradora podrá aceptar mediante pacto expreso la cobertura de las personas afectadas por alguna de las enfermedades, lesiones o minusvalías indicadas anteriormente.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

En materia de riesgos ordinarios amparados por la presente póliza, las coberturas de la misma surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato difiere de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar conforme a la Tarifa de primas vigente, la prestación del Asegurado se efectuará aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que se hubiese cobrado en el caso de ser la edad correcta. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DECLARADA

Caso de producirse el siniestro y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares, con la profesión o actividad real del Asegurado o Grupo asegurado, el Asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera entidad del riesgo, en el momento de emitir la póliza.

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de la contratación del riesgo, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del Asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del Tomador o Asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en póliza, el Asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

FORMA DE INCLUSION DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA (SEGURO INNOMINADO O NOMINADO)

En las Condiciones Particulares figurará la forma de contratación, para la inclusión e identificación del grupo asegurado:

a) En la forma de contratación INNOMINADA, quedarán incluidos en las coberturas de la póliza todas las personas que tengan la condición de asegurados dentro del grupo, según consta en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) En la forma de contratación NOMINADA, tendrán únicamente la condición de asegurados las personas que figuren en la relación nominal, descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Tomador facilitará al Asegurador, en el momento de la contratación, el nombre y apellidos, sexo, fecha nacimiento y NIF de cada uno de los Asegurados.

La Cía. librará un certificado individual de cobertura de seguro para toda alta que se produzca en la póliza de contratación nominada, al inicio de la misma o durante su vigencia, así como a la renovación anual del periodo de cobertura, para todos los Asegurados que en ese momento consten en la Base de datos de la póliza.

VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

I. Seguros contratados de forma innominada

La prima percibida por el Asegurador al inicio del periodo de cobertura del seguro tiene el carácter de prima mínima de depósito, que obligatoriamente se regularizará al finalizar dicho periodo.

A tal efecto, el Tomador se obliga a remitir documento firmado al Asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará el número real de asegurados con las altas y/o bajas que se hubieran producido.

En base a esta información, el Asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo contratado, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Fijada la prima definitiva del periodo de cobertura, tras la regularización, esa prima no podrá ser inferior al 75% de la prima mínima de depósito.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el Asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, con el límite fijado en el párrafo anterior.

II. Seguros contratados de forma nominada

La prima correspondiente a esta forma de aseguramiento se regularizará en el momento que se comunique al Asegurador los datos de las personas que causen alta o baja del grupo asegurado, y en consecuencia, también de las coberturas del seguro.

El Asegurador procederá, a través de emisión de un suplemento a la póliza, a librar un recibo de cargo o extorno de la prima, según resulte, prorrateada ésta desde la fecha de alta o baja de el/los Asegurado/s hasta el vencimiento del contrato.

III. Comprobación de los registros oficiales del Tomador (seguros de contratación innominada)

El Tomador se compromete a permitir que los representantes del Asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los libros de registro, matrícula, inscripción, o cualquier otro que oficialmente hubiese servido para identificar las personas que forman parte del grupo asegurado.

Generalidades

PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura 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 las Condiciones Especiales. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

b) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las Condiciones Particulares. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

b) La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico-actuariales, tenga vigentes en cada momento el Asegurador. Para su determinación también se considerarán además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido en el apartado de Modificaciones del riesgo de las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto en las Condiciones Generales (en su apartado "Siniestros: Tasación y liquidación de la indemnización") de esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

I. SINIESTROS: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

a) Como norma general, deberá satisfacerla al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado, la abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el Asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las reglas que se establecen en las Condiciones Generales (en su apartado "Intereses de demora") de esta póliza.

II. RESOLUCIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán resolver el contrato de seguro.

La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella.

Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el Asegurador procederá a devolver al Tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

III. TRAMITACIÓN PARA LA COBERTURA DE RECLAMACIÓN Y DEFENSA JURÍDICA

III.1 - Tramitación del siniestro

De conformidad con el artículo 5.2.h. de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, la

gestión de los siniestros de defensa jurídica se prestará por Grupo Catalana Occidente Tecnología y Servicios A.I.E., entidad jurídicamente distinta del Asegurador. Ningún miembro del personal que se ocupe de la gestión de los siniestros de defensa jurídica ejercerá actividad parecida en otro ramo.

En el supuesto de que el siniestro no esté amparado por el seguro, el Asegurador comunicará por escrito al Asegurado las causas o razones en que se funda para rechazarlo, en el plazo máximo de un mes, contando desde la fecha en que haya recibido el cuestionario o antecedentes documentales solicitados.

En caso de rehúse del siniestro, si el Asegurado no está conforme con el mismo, lo comunicará por escrito al Asegurador y podrán ambas partes someter la divergencia al arbitraje previsto en el punto III.6 siguiente.

En los casos cubiertos por el seguro, aceptado el siniestro, el Asegurador realizará las gestiones para obtener un arreglo transaccional que reconozca las pretensiones o derechos del Asegurado.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el Asegurado, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y las características del hecho lo permitan. En este supuesto, el Asegurador informará al Asegurado de su derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio.

En los demás supuestos, aceptado el siniestro, se procederá a la prestación del servicio o al pago de los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

III.2 - Disconformidad en la tramitación del siniestro

Cuando el Asegurador, por considerar que no existen posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al Asegurado.

En caso de disconformidad, podrán las partes acogerse a la conciliación o al arbitraje con arreglo a lo previsto en el punto III.6 siguiente. El Asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con el Asegurador, o incluso con el arbitraje, cuando, por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

III.3 - Elección de abogado y procurador

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento.

Antes de proceder a su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del abogado elegido así como el del procurador de los Tribunales en los procedimientos en que sea preceptiva su intervención.

Los profesionales elegidos por el Asegurado gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados por aquél, sin depender de las instrucciones del Asegurador, el cual no responde de la actuación de tales profesionales, ni del resultado del asunto o procedimiento.

En el supuesto de que el elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo de aquél los gastos y honorarios por los desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta.

III.4 - Pago de honorarios

El Asegurador satisfará los honorarios del abogado que actúe en defensa del Asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía Española y, de no existir estas normas, se estará a lo dispuesto por las de los respectivos Colegios.

Las normas orientativas de honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del Asegurador. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la Comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

Los derechos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

III.5 Transacciones

El Asegurado puede transigir los asuntos en trámite, pero si ello produce obligaciones o pagos a cargo del Asegurador, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

III.6 - Solución de conflictos entre las partes

El Asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el Asegurador sobre esta cobertura.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Si cualquiera de ellas decidiese ejercitar sus acciones ante los organismos jurisdiccionales, deberá acudir al Juez del domicilio del Asegurado, único competente por imperativos legales.

SUBROGACIÓN

Para la cobertura de Asistencia Sanitaria, de haberse contratado ésta, el Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del Asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

Generalidades

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

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

NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe.
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.
- d) Si el Tomador del seguro o el Asegurado o el beneficiario, no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.

e) Si el Asegurado o el Tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.

f) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro o del Asegurado.

g) Si por dolo, el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario omiten comunicar a cada asegurador la existencia de otros seguros sobre el mismo Asegurado con distintos aseguradores.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.segurosatalanaoccidente.com/esp/politica-privacidad>.

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos designado, a través de su dirección de correo electrónico: dpo@catalanaoccidente.com y/o de la dirección: "Delegado Protección de Datos- Seguros Catalana Occidente; Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)".

Asimismo, en el caso de haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

La presente póliza se compone de las anteriores Condiciones Particulares y Especiales (transcritas en las páginas 1 a 17), así como de las Condiciones Generales que se acompañan a continuación. El Tomador del seguro manifiesta haber leído las Condiciones señaladas, en su integridad, conociendo y aceptando la totalidad de su contenido. De forma expresa, manifiesta que conoce y acepta las cláusulas limitativas, convenientemente destacadas en negrita y contenidas en la póliza. El firmante declara que ha sido informado por el mediador, con carácter previo a la formalización de la póliza, de los extremos previstos en la normativa sobre Mediación en Seguros Privados. Asimismo declara haber recibido, con anterioridad a la firma del presente contrato, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, todo ello según lo detallado en el Preliminar de las Condiciones Generales. También declara que se le ha informado que España es el Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la Entidad Aseguradora.

7 de febrero de 2020

Por la Entidad,

El Tomador del Seguro,


Director general

AGRADECEMOS SU CONFIANZA

Esta póliza y el recibo al corriente de pago son documentos que acreditan las garantías contratadas y su vigencia. En consecuencia, le aconsejamos que dedique unos minutos a la lectura de sus condiciones.

Si lo estima necesario, estaremos encantados de resolver cualquier duda que le surja, bien directamente o a través de su agente o corredor de seguros.

Y recuerde que estos profesionales serán, también, su mejor ayuda en caso de siniestro.



www.catalanaoccidente.com