

SUMARIO

CAPÍTULO I	
Datos identificativos	3
CAPÍTULO II	
Objeto y alcance del Seguro	7
CAPÍTULO III	
Simiostros	16
CAPÍTULO IV	
Administración de la póliza	18
CAPÍTULO V	
Cuestiones fundamentales de carácter general	19
CLÁUSULA FINAL	22

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Accidentes Colectivo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro
ANPA CEIP CABADA VAZQUEZ c.i.f.: G36150480
CL. RUA CODESESA S/N
36684 A PORTELA (CODESEDA)

Póliza y duración
Póliza nº: 029267722 Suplemento nº 2
Duración: Desde las 00:00 horas del 28/11/2013 hasta las 24 horas del 30/09/2014.
Renovable a partir del 01/10/2014.

A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la Póliza de Seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes Condiciones

Mediador
JOSE CAO GARCIA 460 0019153
Agente de Seguros Exclusivo. Nº DGS C010976868720Y
CL CASTELAO 12 BAO
36680 A ESTRADA
Tel: 986590075
jose.cao@allianzmed.es

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción Riesgo Global
Número total de asegurados del colectivo: 26.
Número de Grupos: 1
Naturaleza del riesgo:
La garantía 34 se quedaría limitada a 150 euros general (Rotura de Gafas).

Y el resto como figura hasta 1.200 euros.

Cirugía plástica.

Aparatos Acústicos.

Prótesis.

Descripción Grupo Número 1
Número de asegurados: 26.
Categoría del riesgo: Alumnos Colegios e Institutos, máximo 500 alumnos.
Detalle de actividad: Alumnos Colegios e Institutos, máximo 300 alumnos.

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	6.000,00 Euros		75
Incapacidad permanente según baremo por accidente	6.000,00 Euros		75
Asistencia sanitaria Libre elección por accidente	600,00 Euros		75
Asistencia sanitaria en Centros recomendados por accidente	Incluida		75
Muerte por infarto de miocardio	6.000,00 Euros		65
Orfandad	6.000,00 Euros		75

PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral, salvo indicación expresa en póliza.

Idéntica condición operará en el caso de que el contrato se formalice con el fin de cubrir a un colectivo de trabajadores, aun en el caso de que se garanticen mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social. A este respecto, la presente póliza es ajena e independiente a cualquier otra que el Tomador del Seguro estuviera obligado a suscribir como consecuencia del Convenio de Empresa.

Por todo lo anterior, tendrá la consideración de 'Accidente' cubierto por la póliza, únicamente aquel hecho que reúna los requisitos indicados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en desarrollo de la Ley de Contrato de Seguro. No será de aplicación la declaración de accidente emitida por cualquier otro organismo fuera del ámbito civil o mercantil.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por agresión	6.000,00 Euros		75
Gastos de sepelio por accidente en España	1.500,00 Euros		75
Gastos de sepelio por accidente en el extranjero	3.000,00 Euros		75
Material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, ortopedia	1.200,00 Euros		75
Operaciones salvamento o búsqueda y transp. accidentado	1.200,00 Euros		75
Asistencia en viaje básica	Incluida		75

Cláusulas

1. Minusvalías ASEGURADOS CON MINUSVALÍAS.- SE HACE CONSTAR QUE LA INDEMNIZACIÓN A ABONAR PARA LOS ASEGURADOS CON MINUSVALÍAS PREVIAS A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA SIN DICHA MINUSVALÍA. POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LA CITADA MINUSVALÍA PREEXISTENTE, FÍSICA O PSÍQUICA.

2. CENTROS RECOMENDADOS: GALICIA

-Centros de Rehabilitación en Pontevedra y Ourense:

.Tas Galicia, S.L. (Tfo. 886 138 117).

Interlocutor: Angel Gabiñeiro (tas.galicia@allianzpro.es).

-Centros de Rehabilitación en A Coruña y Lugo:

.Gerosalud, S.L. (Tfo. 981 556 801).

Interlocutor: Antonio García (antonio.garcia@clinicagaia.com).

-Centros recomendados para asistencia sanitaria:

-Coruña:

.Policlínica El Carmen (c/Malecon, 15 B-STA.LUXIA DE RIVEIRA-TFO.981 87 21

.Clínicaoburgo (Rúa do Ferrocarril, bajo F Tf. 981-661-422 Fax 981 65 44

71 15670-O-BURGO)

.Hospital Modelo (Virrey Osorio, 30 - Tfo. 981 147 300).

-Lugo:

.Hospital Nuestra Señora de los Hoyos Grandes (c/Montevidéo,23 - Tfo

982 284 040).

-Covas-Viveiro:

.Clínicas Pías Viveiro (Av. Cantarrana, 26 - Tfo. 982 561 976).

-Lalín:

.Clínica Deza (Calle C, 10 Bajo - Tfo. 986 784 420)

.Fisioterapia Deza (Calle C, 20 Bajo - Tfo. 986 784 420)

-El Ferrol:

.Hospital General Juan Cardona (c/Pardo Bazan s/n - Tfo. 981 312 500)

-Santiago Compostela:

.Policlínica Rosaleda (Leon de Caracas,1- Tfo. 981 562 600).

-Santiago Compostela:

.Policlínica Rosaleda (Leon de Caracas,1- Tfo. 981 56 26 00).
 .Centro la Fraternidad (Edif.Torrelaguna.Las Lagunas Tfo 988 24 61 50).
 .Policlínico Cosaga (Av. Saenz Diez, 61- Tfo. 988 37 16 82).

-Pontevedra :

.Hospital Miguel Domínguez (Fray Juan de Navarrete,9-Tfo 986866296)

.Grupo Policlínico La Guardia, S.L. (Manuel Alvarez, 16 -LA GUARDIA-

Tfo. 986 613 211).

.Centro Médico Jacinto Lopez (Avda. Agustín Romero, 5-3ªA -VILLAGARCIA

DE AROSA- Tfo. 986 510 197).

.GALEA (Vista Alegre,22-Tfo. 986 510 816).

-Ourense:

.Policlínico Cosaga (Avenida Saez Diez, 61 - Tfo. 988 371 682)

.Centro Médico el Carmen (Avda. Habana, 50 Tfo. 988 389 360)

-Vigo:

.Clínica Povisa (Salamanca,5 - Tfo. 986 41 3144)

.Hospital Ntra. Sra. de Fátima (Vía Norte,48 - Tfo. 986 82 1100).

.Clínica Ntra. Sra. Del Perpetuo Socorro (Manuel Olivie, 11 - Tfo.986 41

14 66).

.Centro Médico Los Robles, S.L. (Avda. Emilio Martínez Garrido, 106 -

Tfo. 986 262 265).

Procedimiento de actuación:

Deberá acreditarse la condición de asegurado mediante la presentación de la póliza o datos de la misma, así como cumplimentar la declaración de siniestro.

Unicamente en caso de asistencia urgente, no será necesaria la acreditación anterior.

La Compañía reembolsará los gastos abonados por el Asegurado, siempre que el siniestro haya sido aceptado y previa presentación de las facturas originales.

3. Cláusula en blanco

"Quedan cubiertas las roturas de gafas hasta un límite de 150 euros,

siempre y cuando se produzcan (y así se justifique por el Centro) dentro

del recinto escolar y motivado por causa accidental, aun cuando no de

lugar a prestación de asistencia sanitaria

Identificación del Colectivo Asegurado

La relación de personas aseguradas está disponible en: INDEXAMOS RELACION DE ASEGURADOS

Motivo del Suplemento

MODIFICACIÓN NÚMERO ASEGURADOS.

Servicios para el Asegurado Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso
El Mediador JOSE CAO GARCIA teléfono 986590075

También a través de su e-mail jose.cao@allianzmed.es

Para consultas y cuestiones administrativas
El Centro de Atención Telefónica de Allianz 902 300 186

También a través de su web www.allianz.es

Asistencia en viaje
Su prestación debe solicitarse al teléfono 902 108 784
Si es desde el extranjero debe solicitarse al teléfono 3491 325 52 76

Primas	Ref. : 257542748	
Periodo: de 28/11/2013 a 30/09/2014		
Periodicidad del pago: Anual		
	Prima Neta	-235,34
	IPS (6%)	-14,12
	Recargos	-0,35
	Consorcio	-1,54
	Total Recibo	-251,35

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza.

Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el punto 9 del apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tífus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares.
- Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.
- Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.
- En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas. Si el Asegurado fija su residencia en el extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

- Tomador del Seguro:** la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.
- Asegurado:** cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.
- Asegurador:** ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones

previstas en caso de siniestros.

4 - Coaseguradores: Los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.

5 - Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.

Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado.

En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

6 - Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

7 - Franquicia deducible: es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.

8 - Carencia: el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

9 - Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

10 - Siniestro: todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

11 - Suma Asegurada: el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro.

Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.

12 - Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

13 - Hora de Inicio y Fin de las coberturas: la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

14 - Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación en contra expresada en la póliza, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un

El grado de incapacidad no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante. **El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo.**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

- A) CABEZA**
- DEFICITS NEUROLÓGICOS DE ORIGEN CENTRAL**
- Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores 100 %
 - Estado vegetativo persistente 100%
 - Atasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje) 40%
 - Anmesia completa de fijación 40%
 - Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado 20%

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

- SISTEMA OLFATORIO**
- Pérdida parcial de la nariz 10%
 - Pérdida total de la nariz 25%
 - Pérdida del olfato (Anosmia) 5%
- BOCA**
- Pérdida de todos los dientes superior e inferior 10%
 - Amputación total de la lengua 30%
 - Pérdida del gusto (Ageusia) 5%
 - Ablación maxilar inferior 25%.

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

- OCULAR**
- Ceguera de un ojo 30%
 - Ceguera de los dos ojos 100%

- B) TRONCO**
- 1) SISTEMA OSEO:**
- COLUMNA VERTEBRAL**
- Pérdida completa de movilidad de columna 60%
 - Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 25%
 - Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 30%.

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

- 2) ORGANOS:**
- LARINGE Y TRAQUEA**
- Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
 - Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
 - Traqueotomizado con cánula 30%.

- PULMON**
- Pérdida de un pulmón 25%.
- RIÑÓN**

máximo de 28.500.000 euros por siniestro.

Artº. 2º. OBJETO DEL SEGURO

Se garantizan los accidentes que puedan sobrevenir a los alumnos del Centro Docente que contrata la póliza. Los asegurados deberán estar inscritos en los libros oficiales de matrícula del Centro.

La cobertura del seguro abarca única y exclusivamente el período lectivo que haya sido definido legalmente como tal. Dentro de dicho período se cubren las siguientes circunstancias:

- En las horas de clase, juegos, gimnasia, horas extraordinarias de estudio, exámenes y cualquier otro acto propio de la actividad escolar.
- Trayecto de ida y vuelta al colegio.
- Actividades extraescolares, dentro o fuera del recinto escolar, siempre que éstas se realicen bajo la tutela del profesorado.
- Excursiones dentro del territorio nacional, con duración inferior a diez días.

Artº. 3º. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I.

(Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

3º. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

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

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

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida olimitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico.

- más de 6 cm. 15%
- Parálisis completa del nervio ciático 60%
- Parálisis completa del nervio ciático popliteo externo 25%
- Parálisis completa del nervio ciático popliteo interno 15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

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

Defectos físicos existentes antes del accidente:

- La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
- La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

- En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.
- Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:**
- Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

3º. 3. ASISTENCIA SANITARIA DE LIBRE ELECCION POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos.

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador le reembolsará los gastos médicos, hasta el límite cuantitativo fijado en póliza.

Este reembolso se realizará para gastos derivados de prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente.

En caso de que el asegurado agote el capital elegido en la garantía de Asistencia Sanitaria, no podrá disponer de esta garantía hasta la siguiente anualidad.

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

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

- APARATO GENITAL FEMENINO**
- Pérdida de las glándulas mamarias 25%
 - Pérdida de los ovarios 35%
 - Pérdida del útero 35%.
 - Deformación genitales externos femeninos:
 - con alteración funcional 40%.
 - sin alteración funcional 25%

- APARATO GENITAL MASCULINO**
- Desestructuración del Pene:
- con alteración funcional 40%.
 - sin alteración funcional 25%.
- Pérdida de los testículos 35%

- C) EXTREMIDADES SUPERIORES**
- | Pérdida o inutilización de | Dominante | No Dominante |
|---|-----------|--------------|
| ambos brazos o manos | 100% | 100% |
| Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior | 100% | 100% |
| Amputación a nivel del húmero | 60% | 50% |
| Amputación a nivel del antebrazo o mano | 50% | 40% |

- Anquilosis o pérdida total de movimiento - del hombro 30%
- codo 25%
- pronosupinación 8%
- muñeca 12%

- Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo 15%
- Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:
 - A nivel del brazo 25%
 - A nivel del antebrazo-muñeca 15%

- Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio 25%
- Amputación del pulgar 22%
- Amputación del índice 15%
- Amputación de otro dedo 8%

- D) EXTREMIDADES INFERIORES**
- Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies 100%
 - Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior 100%
 - Amputación a nivel de la cadera 70%
 - Amputación por encima de la rodilla 60%
 - Amputación por debajo de la rodilla 45%
 - Amputación primer dedo 10%
 - Amputación de otro dedo 3%

- Pérdida total de los movimientos de la cadera:
 - En posición funcional 30%
 - En posición desfavorable 40%
- Pérdida total de los movimientos de la rodilla:
 - En posición funcional 20%
 - En posición desfavorable 30%
- Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:
 - Anquilosis articulación tibia tarsiana:
 - En posición funcional 10%
 - En posición desfavorable 20%
 - Anquilosis subastragalina 5%
 - Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez 30%

- Extirpación de la rótula (Patelectomía):
 - Total 15%
 - Parcial 10%
- Deformidades postraumáticas del pie 10%
- Acortamientos:
 - Hasta 1,5 cm. 2%
 - de 1,5 cm. a 3 cm. 5%
 - de 3 cm. a 6 cm. 10%

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.
2. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.
3. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.
4. El reembolso de los gastos de cirugía plástica y reparadora como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y hasta el límite del 30% del capital fijado en póliza, con un máximo de 1.800 euros.

Solamente mediante la contratación de la Garantía específica de Material de Prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos se incluirá el reembolso de los gastos derivados de dicho material.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado y se abona independientemente de éstas.

Si el importe de las facturas a abonar por el asegurado superase 2.000 euros, y siempre que el Asegurador haya comprobado y aceptado el siniestro, el asegurado podrá solicitar que el Asegurador abone el importe de dichas facturas directamente a los médicos y clínicas que han prestado la atención médica, hasta el importe máximo de la prestación contratada.

3º. 4. ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS RECOMENDADOS, POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos, siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en territorio nacional.

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador reembolsará la totalidad de los gastos médico-farmacéuticos en Centros de la Seguridad Social o recomendados por el Asegurador, según se relacionan en Condiciones Particulares.

En aquellas poblaciones en las que no existieran Centros Recomendados, se reembolsará al asegurado el importe de los gastos ocasionados, tomando como límite las tarifas vigentes de Accidentes de Trabajo en España.

Este reembolso se realizará para gastos derivados de

prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente.

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.
2. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.
3. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.
4. El reembolso de los gastos de cirugía plástica y reparadora como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y hasta el límite de 1.800 euros.

Solamente mediante la contratación de la Garantía específica de Material de Prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos se incluirá el reembolso de los gastos derivados de dicho material.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado y se abona independientemente de éstas.

Si el importe de las facturas a abonar por el asegurado superase 2.000 euros, y siempre que el Asegurador haya comprobado y aceptado el siniestro, el asegurado podrá solicitar que el Asegurador abone el importe de dichas facturas directamente a los médicos y clínicas que han prestado la atención médica, hasta el importe máximo de la prestación contratada.

3º. 5. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Si a consecuencia de un infarto de miocardio, ocurrido dentro del ámbito y actividades cubiertas por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de Incapacidad Permanente como consecuencia del infarto que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta fuera superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 6. ORFANDAD

Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho -inscrita oficialmente como tal-, y existieran hijos menores de

edad no emancipados o afectados de Incapacidad Absoluta para todo trabajo, el Asegurador abonará a dichos hijos -con independencia de la designación de beneficiarios que figure en póliza- un capital adicional señalado en póliza, para el conjunto de sus hijos y en concepto de ORFANDAD.

Este mismo capital se abonará en caso de que el fallecido, titular del seguro, fuera el único progenitor con vida.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 7. MUERTE POR AGRESIÓN

Si se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de sufrir un atraco, secuestro, o cualquier otro tipo de agresión por parte de terceros, la indemnización por la cobertura de MUERTE se incrementará en un capital adicional fijado en póliza, salvo que la agresión se produjera en alguna de las situaciones que se señalan en el artículo 4º (RIESGOS EXCLUIDOS).

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 8. Gastos de sepelio por accidente en España

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en España, el Asegurador abonará un importe adicional indicado en póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 9. Gastos de sepelio por accidente en el extranjero

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en otro país que no sea España, el Asegurador abonará el importe adicional señalado en la póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 10. MATERIAL DE PROTESIS, GAFAS, APARATOS ACUSTICOS, MATERIAL DE ORTOPEdia, OSTEOSINTESIS Y FIJADORES EXTERNOS

Exclusivamente mediante la contratación de esta Garantía se garantiza como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el reembolso al asegurado de los gastos de material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos con el límite reflejado en póliza, siempre y cuando dicho accidente haya originado

también la prestación de una asistencia médica. Este reembolso se realizará para gastos derivados de prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 11. OPERACIONES DE SALVAMENTO O BUSQUEDA Y TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO

Se garantiza, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo, el reembolso de los gastos al asegurado que sean consecuencia de Operaciones de salvamento o búsqueda del accidentado y transporte necesario hasta el máximo señalado en póliza, por asegurado y siniestro.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 12. ASISTENCIA EN VIAJE BÁSICA

Modificando en lo que corresponda el artículo 4º (Exclusiones), se garantiza la siguiente cobertura de Asistencia en Viaje:

Ámbito de Cobertura y Aplicación

La presente cobertura se refiere a los viajes realizados por todo el mundo.

Asegurado

La persona física, residente en España, que pertenezca a un colectivo de accidentados asegurado por Allianz.

Duración de los viajes

La presente cobertura tiene validez para viajes no superiores a 90 días

GARANTIA DE ASISTENCIA - REPATRIACIÓN

1. **Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del asegurado desplazado.**

En caso de que el asegurado contrajese una enfermedad sobrevenida o fuese víctima de un accidente durante la realización del viaje asegurado, el equipo médico de la Aseguradora determinará la mejor conducta a seguir, según la gravedad y urgencia del caso. Organizará los contactos que sean necesarios entre su equipo médico y el médico que esté tratando al asegurado, para la prestación de la asistencia sanitaria adecuada.

En caso de urgencia y gravedad médica de la dolencia del asegurado, y según el criterio del equipo médico del Asegurador en contacto con el médico que trate al asegurado y de su familia,

teniendo en cuenta lo que sea médicamente necesario, decidirá su transporte sanitario, organizándolo desde el lugar donde el asegurado se encuentre hasta el centro hospitalario más próximo o adecuado para su estado de salud o hasta la residencia del asegurado. El Asegurador tomará a su cargo, única y exclusivamente, la repatriación del asegurado hasta su domicilio en caso de que sea médicamente necesario.

En caso de afecciones que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por el medio más adecuado, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados precisos.

Además, el Asegurador organizará las repatriaciones del asegurado y de un acompañante asegurado o de su familia (cónyuge, pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en el caso de que debido a una necesidad médica, cuya gravedad quedará a juicio del equipo médico del Asegurador, el asegurado perdiera el medio de transporte previsto para su regreso a su domicilio habitual. En este caso será necesario que el asegurado llame previamente al Asegurador solicitando la asistencia para su necesidad médica.

El Asegurador tomará a su cargo los gastos suplementarios de transporte de las personas acompañantes aseguradas o de su familia (cónyuge, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

Si el asegurado, una vez recuperado y sus familiares asegurados o acompañantes asegurados, desean continuar su viaje y el estado de salud de aquel así lo permite, el Asegurador se encargará de organizar su traslado hasta el lugar de destino de su viaje, siempre que el coste de este trayecto no sea superior al de la vuelta a su domicilio habitual. No obstante, no quedarán cubiertos los gastos derivados de la patología sufrida por el asegurado si éste toma la decisión de continuar al lugar de destino de su viaje.

2. Repatriación del asegurado fallecido.

En caso de fallecimiento del asegurado, el Asegurador tomará a su cargo:

- los gastos de transporte del cuerpo, desde el lugar del fallecimiento al de su inhumación.
- los gastos de acondicionamiento necesarios para el transporte, con el límite máximo de 600 €.
- los gastos suplementarios del transporte de los miembros de su familia (cónyuge o pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada o de las personas acompañantes aseguradas, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

3. Atención a menores o discapacitados.

En caso de que el asegurado sea repatriado por el Asegurador y se encontrase acompañado sólo por hijos menores de edad o disminuidos, ésta tomará a su cargo el desplazamiento de una persona que acompañe a dichos menores o disminuidos en su viaje de regreso.

En caso de que el Asegurador organice la repatriación de un menor de edad y este se encuentre solo, ésta tomará a cargo los gastos de desplazamiento para que una persona se traslade junto al menor y le acompañe en su repatriación.

4. Gastos médicos.

El Asegurador tomará a su cargo el pago o reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización originados, es decir los provocados y producidos durante un viaje fuera del país de residencia habitual y de nacionalidad del asegurado, hasta el límite máximo de 3.000€.

5. Transmisión de mensajes urgentes.

Derivados de las garantías contempladas en el presente contrato, que se emitan a través de la Central de Asistencia 24 horas, o que el asegurado realice directamente, si el propio asegurado los transmite directamente, el Asegurador sólo se hará cargo de los gastos que se deriven de su emisión previa presentación por parte del asegurado de la factura y justificante de la urgencia del mensaje.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las siguientes prestaciones y actividades. Las exclusiones indicadas a continuación serán de aplicación a todas las coberturas indicadas anteriormente en la garantía de Asistencia/Repatriación.

- a) Las enfermedades, accidentes o fallecimientos producidos a consecuencia del consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, salvo que éstos hayan sido prescritos por un médico y se consuman de la forma indicada por el facultativo.
- b) Los actos dolosos, negligencias del asegurado, así como las lesiones auto intencionadas, el suicidio o intento de suicidio.
- c) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, declarada o no, motines, movimientos populares o de similar naturaleza, salvo que el asegurado haya sido sorprendido por el inicio del conflicto en el extranjero. En tal caso, las garantías del seguro cesarán a los 14 días de iniciado el conflicto.
- d) Los efectos producidos por una fuente de radioactividad, biológica o química.
- e) Los siniestros producidos por terremoto, maremoto, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, epidemias, cuarentena, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y actos de terrorismo.
- f) Quedan excluidas las actividades aeronáuticas. Asimismo se excluye la práctica de todo deporte a título profesional, remunerado o no remunerado, en competición o en

entrenamientos preparatorios y las actividades de barranquismo, descenso de cañones, bungee jumping, montañismo, escalada, alpinismo, submarinismo, espeleología, puenting, así como otras similares de alto riesgo. También se excluyen las expediciones deportivas por mar, montaña o desierto.

- g) Accidentes por la práctica de esquí, ocurridos fuera de pistas o de zonas habilitadas.
- h) Viajes con fines terapéuticos
- i) Búsqueda y rescate de personas en mar, montaña o zonas desérticas.
- j) En gastos de acondicionamiento del cadáver, se excluyen los de inhumación, ceremonia y pompas fúnebres.
- k) Los gastos ocasionados por una enfermedad o accidente de los que el asegurado no estaba restablecido en el momento del inicio de su viaje o en el momento de la continuación del mismo, según la garantía 1, o que a juicio del médico del Asegurador estuviese contraindicado con dicho viaje.
- l) Aquellas repatriaciones o traslados producidos a consecuencia de enfermedades psíquicas que, según el criterio del equipo médico del Asegurador, requieran un ingreso en el hospital de destino inferior a 24 horas.

Para la cobertura de Gastos médicos, serán también de aplicación las siguientes exclusiones:

- m) Los controles de enfermedades previamente conocidas.
- n) Los gastos de cura termal, helioterapia o tratamiento estético.
- o) Gastos de prótesis, implantes y material ortopédico, los gastos de rehabilitación y fisioterapia.
- p) Gastos de vacunación, así como los de tipo odontológico.
- q) Gastos de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo
- r) Gastos de medicina preventiva.
- s) Los gastos que, según el equipo médico del Asegurador, estén contraindicados con la patología que presenta el asegurado.
- t) Los gastos médicos producidos a menos de 30 kilómetros del domicilio del asegurado (15 km en las islas).
- u) Gastos relativos a enfermedades crónicas o a alguna complicación del embarazo.
- v) Gastos producidos por tratamientos iniciados en el país de origen.
- w) Los gastos médicos relativos a cualquier tipo de enfermedad mental o desequilibrio psíquico.
- x) Los gastos producidos por alguna enfermedad preexistente, sea o no conocida por el asegurado.

Art. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1-Personas no asegurables:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades

graves y/o permanentes.

El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido. La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

Para menores de 14 años, y salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, se excluye la cobertura de Fallecimiento, quedando sustituida por un importe en concepto de Gastos de Sepelio. Dicho importe será el indicado como capital de Fallecimiento, con un límite máximo en cualquier caso de 6.000 euros.

2-Riesgos excluidos:

- a) Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona, así como los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el punto 9 del apartado Definiciones. Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera accidente a efectos de esta póliza.
 - b) Enfermedades, epidemias y todo tipo de procesos cuyo origen sea infección por picadura de insectos (malaria, tífus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares).
 - c) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
 - d) No se considerarán indemnizables los accidentes que produzcan exclusivamente efectos psíquicos.
 - e) Suicidio o tentativa de suicidio, así como actos intencionados del asegurado contra su integridad física. Asimismo, los ocasionados a consecuencia de un acto doloso o delictivo del Asegurado.
 - f) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
 - g) Accidentes producidos con motivo de encontrarse el asegurado bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes. Asimismo se excluyen los accidentes de circulación cuando el asegurado conduzca con un índice de alcohol superior al legalmente fijado en cada momento.
 - h) Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.
 - i) Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor.
- Los accidentes ocurridos fuera de territorio español debidos a dichas causas, salvo terrorismo, no quedarán excluidos si el Asegurado se halla en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse quince días desde el inicio de dicha



- situación anómala.
- j) Todos los accidentes ocurridos fuera de la actividad descrita en póliza como Interés Asegurado (artículo 1).

Artº. 5º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

I. Resumen de las normas legales

- Acontecimientos extraordinarios cubiertos
 - Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del

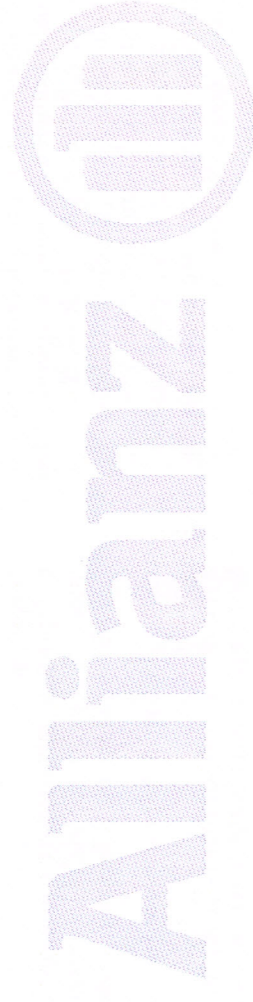
Consortio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de

seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.



CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 6º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

A) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda:

- En caso de Muerte por accidente:
 - a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
 - b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
 - c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
 - d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y copia del último Testamento. Si no existe designación expresa, certificado el Registro de Últimas Voluntades y copia del último Testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

- En caso de Muerte por infarto:

La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

- Común a todos los casos de Muerte del asegurado:

A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado. Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto. El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

- En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (Incluida Progresiva):

a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una

de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.

Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento.

El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días. Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.

b) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

- En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:

- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.
- b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al asegurado.
- c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.

- En caso de Asistencia Sanitaria:

- a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
- b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
- c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

- En caso de Invalidez Temporal:

- a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atiende.

- En caso de Hospitalización y Convalecencia:

- a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

- En todos los supuestos:

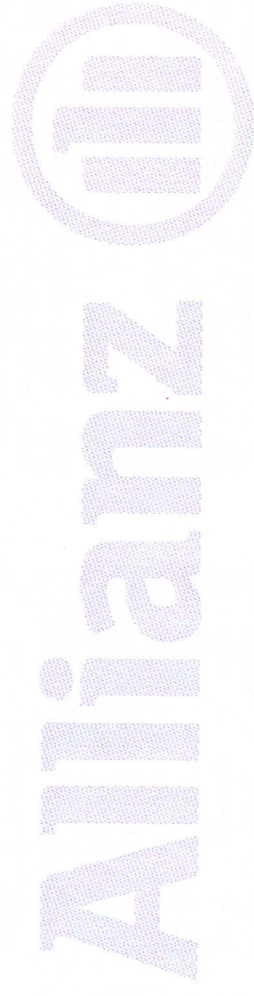
Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa, y consecuencias.

B) PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación garantizada en el plazo de cinco días en caso de Muerte o Incapacidad Permanente.

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber

según las circunstancias por él conocidas. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.



CAPÍTULO IV

Administración de la póliza

Artº. 7º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro o del Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador, queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

Artº. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o

constarán los procedimientos de cálculo para su determinación.

En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada periodo de seguro.

Artº. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

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

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

CAPÍTULO V

Cuestiones fundamentales de carácter general

contrato.

B) La póliza reúne, en un solo documento, las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro, que fijan los datos propios e individuales del contrato, determinan su objeto y alcance y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley; y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que tratan de los derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato.

Además pueden existir los Suplementos, que son modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.

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

D) Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.

E) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.

F) Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La duración del contrato se fija desde las 00:00 horas del día del inicio del periodo de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización.

B) Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática.

C) Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurado queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.

D) Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.

E) Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento: cuando se produzca una agravación del riesgo,

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

Las presentes Condiciones Generales del contrato de seguro tienen, al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley aplicables a su contenido, para que su consulta pueda ser hecha, si se desea, con la máxima precisión y facilidad.

Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º

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

1. El Tomador del Seguro, que da respuesta al Cuestionario de seguro para que pueda elaborar la póliza, suscribe el contrato y paga las primas.
2. El Asegurado, que tiene un interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato.

3. El Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. En adelante, se le denomina también "la Compañía".

4. Los Coaseguradores, Aseguradores que, junto con la Compañía, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías y primas.

5. El Acreedor, titular de un derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los bienes asegurados, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización

6. El Órgano de Control, que es la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda, que supervisa la actividad en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

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

A) El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del



cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos).

Si es el Asegurador quien rescinde, prorrogue quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida. El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

F) Igualmente ocurre cuando los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos a otras personas. Se ha de notar especialmente que el nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10º. 4. Modificación del contrato de seguro

A) Cualquier modificación que se produzca en el contenido de las respuestas que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe ser comunicada al Asegurador a la mayor brevedad, por si es necesario adaptar la póliza a la nueva situación.

B) Así, las agravaciones o disminuciones del riesgo, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) deben ser comunicadas por el Tomador del Seguro, normalmente en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.

C) La respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el mismo plazo de 15 días, salvo cuando se trata de agravación del riesgo, caso en que dispone de dos meses para proponer la modificación del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador no haga uso previamente de las facultades de rescisión señaladas en el Apartado anterior.

D) Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10º. 5. Actuación en caso de siniestro

A) Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo, cooperando al salvamento de personas y bienes.

B) El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.

C) Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.

D) Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

E) Los desacuerdos entre Peritos se solucionarán por el nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.

F) El dictamen de los Peritos será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial hecha por una de ellas.

G) Cuando el dictamen de los Peritos no sea impugnado judicialmente, el Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

H) Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

I) Una vez pagada la indemnización, en muchas ocasiones el Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables del daño. El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

10º. 6. Otras cuestiones de interés

A) Principio de la buena fe.

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tarea de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro

vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) Litigios sobre el contrato:

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

G) Restricción por sanciones económicas internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

B) Comunicaciones entre las partes. Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico.

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

C) Prescripción de acciones.

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

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

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

1. El Mediador de Seguros, JOSE CAO GARCIA teléfono 986590075, e-mail jose.cao@allianzmed.es, o dirección postal CL CASTELAO 12 BAJO, 36680 A ESTRADA.

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

E) Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes

CLÁUSULA FINAL

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona; teléfono 902 300 186; fax 902 33 36 39; email lop@allianz.es

El firmante autoriza expresamente, al tratamiento de dichos datos por la Compañía los cuales son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. Asimismo autoriza el tratamiento de sus datos con fines publicitarios y de prospección comercial y la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés, incluso con posterioridad al fin de la relación contractual, y salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora que constan en este documento.

Con respecto a los datos de salud, con el fin de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que los mismos

sean tratados por la entidad aseguradora. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera de médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios, tanto para la suscripción de la póliza como con ocasión de un siniestro o presunto siniestro declarados, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos en archivos de su responsabilidad, pero sin que ello implique su renuncia a alegarlos en juicio como prueba, en caso necesario. El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El Tomador del Seguro y el Asegurado reconocen haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro Allianz Accidentes Colectivo, que consta de 10 artículos, en 22 páginas y aceptan las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declaran expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por el Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en VILAGARCIA DE AROUSA 2 Diciembre 2013.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

ANPA CEIP CABADA VAZQUEZ

Por mi mediación,
El Mediador

JOSE CAO GARCIA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.