

SANITAS ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de octubre de 1980), por las demás disposiciones legales y normas reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

I. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, el pago de las indemnizaciones convenidas **cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas y/o en el desenvolvimiento de cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional.**

Se considera accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produce muerte o invalidez permanente y da lugar al pago de las garantías de la Póliza.

También se considerarán accidente las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado salvo los excluidos en estas Condiciones Generales.

II. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la Póliza los accidentes:

- 2.1. Ocurridos en actos notoriamente peligrosos o criminales cometidos por el Asegurado, incluido el suicidio intentado, frustrado o consumado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa y tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- 2.2. Causados por guerra civil o internacional, por actos realizados por fuerzas militares españolas o extranjeras, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revolución, sedición, motín o desorden popular, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos sísmicos o meteorológicos -excepto la caída del rayo- y en general cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico.**
- 2.3. Ocurridos practicando boxeo, rugby, torero y encierro de reses bravas, artes marciales, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, esgrima, otros deportes notoriamente peligrosos y los sufridos en la práctica como profesional de cualquier deporte.**
- 2.4. Ocurridos en estado de sonambulismo, embriaguez manifiesta (alcohólica o tóxica), de enajenación mental o por drogadicción. Se estará a lo dispuesto en la vigente Ley de Seguridad Vial para considerar el estado de embriaguez.**
- 2.5. Sobrevenidos a consecuencia de embarazo o parto.**
- 2.6. Ocurridos debido a insolaciones, congelaciones, quemaduras y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.**
- 2.7. Sufridos como miembros de tripulaciones aéreas, o como pasajero de helicópteros o avionetas de menos de dos motores.**
- 2.8. Ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.**
- 2.9. Los provocados intencionadamente por el Asegurado, así como las autolesiones.**

Quedan igualmente excluidas:

- 2.10. Las intoxicaciones, envenenamientos y reacciones por hipersensibilidad debidas a ingestión de productos alimenticios o fármacos, y las infecciones de carácter general, como la malaria, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla y similares.**
- 2.11. Las enfermedades de cualquier clase o naturaleza, así como las lesiones y otras secuelas debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza.**
- 2.12. Las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbo-so (síncope, pérdida de conciencia o similares) y las hernias de cualquier clase o naturaleza así como sus agravamientos, sean o no de origen traumático.**
- 2.13. Los accidentes que sean consecuencia de la reacción o radiación nucleares así como la contaminación radiactiva.**
- 2.14. El rescate de personas en montaña, mar o desierto. En ningún caso el Asegurador sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.**
- 2.15. Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros conforme se detalla en la Cláusula de Riesgos Extraordinarios.**
- 2.16. No quedarán amparados los accidentes producidos por intervención en corrientes eléctricas de alta tensión o por la práctica como aficionado de conducción de ciclomotores o motocicletas, conducción de embarcaciones de vela o a motor en alta mar, hípica, polo, esquí, alpinismo, espeleología, caza mayor o inmersión submarina.**

III. PERSONAS NO ASEGURABLES

No podrán figurar como asegurados:

- 3.1. Las personas menores de 14 años
- 3.2. Las personas mayores de 65 años.
- 3.3. Los afectados de demencia, enajenación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en un ojo), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades, el seguro se considera anulado desde ese momento, restituyéndose por el Asegurador la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

IV. DEFINICIÓN DE BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

En caso de fallecimiento, a falta de designación expresa por parte del asegurado mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, se consideran beneficiarios del seguro por orden preferente y excluyente, las siguientes personas:

- 1.** Cónyuge e hijos del asegurado por partes iguales.
- 2.** Padres del asegurado por partes iguales.
- 3.** Hermanos del asegurado por partes iguales.
- 4.** Herederos legales.

En caso de invalidez indemnizable la suma asegurada será entregada al propio asegurado.

V. GARANTÍA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

- 5.1. Si un Asegurado fallece como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza en el periodo máximo de dos años, a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará el capital garantizado a los beneficiarios designados en la Póliza.
- 5.2. Los pagos que el Asegurador pudiera haber hecho en concepto de invalidez permanente como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de muerte.
- 5.3. Para percibir la indemnización correspondiente a esta garantía, el beneficiario, además de los documentos descritos en la Cláusula Decimosegunda de estas Condiciones Generales, deberá presentar los siguientes:
 - a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
 - b) Certificado "literal" de inscripción de defunción en el Registro Civil, así como certificado de nacimiento del Asegurado.
 - c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
 - d) Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones.

VI. GARANTÍAS ADICIONALES

El Asegurador amparará las garantías adicionales que se hagan constar expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VII. ÁMBITO TERRITORIAL

El seguro es válido en todo el mundo. El seguro se extingue si el Asegurado traslada su residencia al extranjero o no reside un mínimo de nueve meses al año en territorio nacional.

VIII. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

- 8.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por 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 primer recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.
- 8.2. 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.
- 8.3. Las garantías de la Póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

IX. DURACIÓN DEL SEGURO

- 9.1. El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará por periodos de un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del periodo de seguro en curso.

La prórroga tácita no es aplicable a los seguros de duración inferior a un año.

- 9.2. A la terminación del periodo de seguro en que una persona asegurada haya cumplido los 70 años de edad, ésta quedará automáticamente excluida de la Póliza, salvo en el caso de conceder el Asegurador una autorización expresa de prórroga.

X. RESCISIÓN DEL CONTRATO EN CASO DE SINIESTRO

- 10.1. Después de la comunicación de cada siniestro, haya dado lugar o no a pago de indemnización, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificársela a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o desde la liquidación si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.
- 10.2. Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador, quedarán a favor del Asegurador las primas del periodo en curso, y si fuere del Asegurador, éste deberá reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

XI. OBLIGACIONES Y FACULTADES DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADOR

11.1. PAGO DE LAS PRIMAS

- a) El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que en Condición Particular se acuerde otra cosa.
- b) La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
- c) En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
- d) De fraccionarse el pago del seguro, en caso de accidente o anulación de la Póliza, el Tomador deberá abonar la fracción o fracciones de prima que falten para completar la anualidad del seguro.
- e) El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.
- f) En cada renovación, la prima anual podrá sufrir variaciones, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación.
- g) El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar al Asegurador, por escrito, y con dos meses de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza, su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

11.2. DEBER DE INFORMACIÓN Y OTRAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y/O DEL BENEFICIARIO

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario tiene las siguientes obligaciones y deberes:

- a) Antes de realizarse la conclusión del contrato, declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

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

- b) Poner en conocimiento del Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

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

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

- c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, y en todo caso en un plazo inferior a dos meses, el cambio de profesión y cualesquiera otras circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

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

- d) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona.
- e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida e integridad del Asegurado y su pronto restablecimiento.

El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro conforme al artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro.

XII. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de accidente, el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario tienen los deberes y obligaciones siguientes:

- 12.1. Comunicar al Asegurador la ocurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, facilitándole toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

La comunicación se formulará en el impreso de declaración de siniestro establecido al efecto, que le será facilitado en las oficinas del Asegurador, acompañado de la siguiente documentación, común a todas las garantías contratadas:

- a) Copia o fotocopia del recibo de la prima o certificación del Asegurador, acreditativos del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
- b) Copia o fotocopia de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la Póliza, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos a la misma, si los hubiere.

El resto de documentación requerida por el Asegurador se determina en Condiciones Particulares de la Póliza y está en función de las garantías adicionales contratadas.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que concurriese dolo o culpa grave en cuyo caso se perderá el derecho a la indemnización de acuerdo con la Cláusula Decimocuarta.

- 12.2. Una vez recibidos de conformidad los documentos exigidos por el Asegurador, éste deberá pagar el capital Asegurado en el plazo máximo de 40 días, o, al menos, el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

- 12.3. No obstante lo anterior, el Asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital Asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.
- 12.4. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

XIII. DETERMINACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

El Asegurador, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo.

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en la Cláusula Decimosegunda de estas Condiciones Generales.

Si no se lograra el acuerdo mencionado en el apartado anterior dentro del plazo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si los peritos llegan a un acuerdo, emitirán acta conjunta con la propuesta del importe líquido de la indemnización. Si una de las partes no designa perito en el plazo de 8 días desde que la requiera para ello la parte que sí lo ha designado, el dictamen del perito de ésta vinculará a aquella.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito. Si no hay conformidad sobre el mismo, lo designará el Juez de Primera Instancia del lugar de domicilio del Asegurado.

El dictamen pericial será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, en el plazo de 30 días en el caso de la Entidad, y 180 días en el caso del Asegurado, a contar desde la notificación del dictamen.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero, en su caso, y demás gastos serán por cuenta y mitad entre las partes. Pero si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será la única responsable de dichos gastos.

XIV. NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Se pierde el derecho a la indemnización:

- 14.1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
- 14.2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe.
- 14.3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.
- 14.4. Si el Tomador o el Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.
- 14.5. Si el Tomador o el Asegurado incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
- 14.6. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

XV. COMUNICACIONES

- 15.1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.
- 15.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.
- 15.3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.
- 15.4. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al agente de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.**
- 15.5. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.**

XVI. DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

XVII. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los 5 años desde la fecha en que pudiera ejercitar la reclamación ante la comunicación escrita del Asegurador denegando el accidente o indicando su cuantía.

XVIII. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

- A.** El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.
- B.** En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:
 1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la página web clientes@sanitas.es-, quién acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado.
 2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de éste, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:
 - a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 12.020,24 € y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador.

Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos nº 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente y, una vez estudiada la reclamación, dictará –en el plazo de 1 mes desde que se declare competente salvo excepciones en que este plazo se pueda ampliar hasta el máximo legal de 6 meses incluido el período transcurrido desde la presentación ante el Departamento de Atención al Cliente del Asegurador- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador para quién resultará vinculante.

3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante la Dirección General de Seguros. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido desestimada su petición por éste.
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

XIX. OTROS

El Tomador del Seguro y/o el asegurado autorizan al Asegurador para que, si éste lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente póliza y utilizarlas en sus procesos de control de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrá solicitar al Asegurador copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos”.

XX. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato del Seguro el del domicilio del Asegurado.

XXI. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN DE LAS PERDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.
- b) Que, aún estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insol-

vencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

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

RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos Extraordinarios Cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

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

2. Riesgos Excluidos.

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

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- f) Los derivados de la energía nuclear.
- g) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- h) Los causados por actuaciones producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales.
- i) los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- j) los causados por mala fe del asegurado.
- k) los producidos antes del pago de la primera prima.
- l) los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.
- m) los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

3. Franquicia.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

a) Comunicar en las oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la entidad aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de prima acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en la que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
- Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.
- Copia o fotocopia del D.N.I. o N.I.F.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha entidad.

b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del asegurado.



EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR

