



CASER FAMILIAR CRECIENTE
Seguro de Decesos

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.caser.es

Inscrita en Registro Mercantil de Madrid
Tomo 2245 general - Folio 179 - Sección 8ª - Hoja M-39662, Inscripción A 435
CIF: A 28013050

Mod.: K0000430-D

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ÍNDICE

CUADRO RESUMEN DE COBERTURAS	5
CONDICIONES GENERALES.....	8
SU CONTRATO DE SEGURO.....	8
¿QUÉ LEYES RIGEN ESTE CONTRATO?	8
GARANTÍAS Y EXCLUSIONES	10
ARTÍCULO PRELIMINAR. -OBJETO DEL SEGURO.....	10
ARTÍCULO 1º- DECESOS.....	10
ARTÍCULO 2º - ASISTENCIA EN TRASLADOS.....	16
ARTÍCULO 3º- ASISTENCIA EN VIAJE	17
3.1. EN ESPAÑA.....	17
3.2. EN EL EXTRANJERO.....	18
ARTÍCULO 4º - ACCIDENTES FAMILIARES.....	24
A) FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE.....	24
B) INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE	24
ARTÍCULO 5º - ORIENTACIÓN LEGAL.....	28
SINIESTROS	30
ARTÍCULO 1.º -DECESOS.....	30
ARTÍCULO 2.º -ASISTENCIA EN TRASLADOS Y ASISTENCIA EN VIAJE	30
ARTÍCULO 3.º -ACCIDENTES FAMILIARES.....	31
ARTÍCULO 4.º -ORIENTACIÓN LEGAL.....	32
NORMAS DE CARÁCTER GENERAL - BASES DEL CONTRATO.....	33
FORMALIZACIÓN DEL SEGURO.....	33
PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO	33
OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO.....	33
OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.....	34
BENEFICIARIOS.....	34
PAGO DE PRIMAS.....	34
OTRAS DISPOSICIONES	36
SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES	36
PRESCRIPCIÓN	36

PACTO ADICIONAL.....	36
CLÁUSULAS	37
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	37
I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES	37
II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	39
SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	40

CUADRO RESUMEN DE COBERTURAS

COBERTURAS	LÍMITES
Artículo 1º - DECESOS	
Servicio de enterramiento e incineración contratado	100% de la suma asegurada
Servicio fúnebre especial de hijos de la asegurada, si ocurriera durante el período de gestación o antes de cumplir 30 días.	
Artículo 2º - ASISTENCIA EN TRASLADOS	Esta cobertura contempla el exceso de gastos que, como consecuencia de un traslado sea éste nacional o internacional, asumiría el Asegurador para proceder a la inhumación o incineración del Asegurado fallecido.
Artículo 3º - ASISTENCIA EN VIAJE	
3.1 - En territorio español	
Acompañante para asegurados fallecidos en España no peninsular	Billete de ida/vuelta en avión clase turista y gastos de estancia y manutención hasta 90,15 €/día con un máximo de 601,01 €
Traslado en ambulancia, caso de accidente o enfermedad grave ocurrido en España	Hasta el centro más cercano y sólo cuando se haya producido a más de 25 km de la residencia habitual del asegurado que figure en póliza en la península y 12 Km en las islas.
3.2 - En el extranjero	
Acompañante para repatriación del cadáver	Billete de avión ida/vuelta en avión clase turista o medio de transporte más idóneo. Gastos de estancia y manutención hasta 90,15 € con un máximo de 601,01 €

Repatriación sanitaria caso de accidente o enfermedad grave	Incluido
Reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.	Hasta 1202,02 € Gastos odontológicos hasta 120,2
Prolongación de estancia en hotel en el extranjero por enfermedad o accidente	Límite 90,15 €/día con un total máximo de 601,01 €
Envío de medicamentos al extranjero	Incluido
Envío de un médico especialista al extranjero	Incluido
Consulta médica a distancia en el extranjero	Incluido
Fianzas por hospitalización	Hasta 601,01 €
Anticipo de fianzas y gastos procesales	Máximo 6010,12 € por fianza y 601,01 € por gastos procesales.
Repatriación o transporte de los miembros de la familia menores de 15 años	Incluido
Regreso anticipado a causa de fallecimiento de familiar	Billete avión clase turista o tren primera clase
Desplazamiento de un acompañante, familiar junto al asegurado hospitalizado	Billete avión clase turista i/v o tren primer clase y gastos de estancia y manutención hasta 90,15 €/día con el límite máximo de 601,01 €
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Intérprete en caso de accidente o enfermedad	30,05 €/día con un máximo de 180,30 €
Servicio de trámites administrativos para hospitalización	Incluido
Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave	Hasta 1502,53 €
Ayuda a la localización y envío de equipajes	Incluido

Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje	Incluido
ARTÍCULO 4º - ACCIDENTES CORPORALES	
Fallecimiento por accidente	6010,12 €
Invalidez Permanente	Hasta 6010,12 € (Baremada)
ARTÍCULO 5º - ORIENTACIÓN LEGAL	Incluida

CONDICIONES GENERALES

SU CONTRATO DE SEGURO

¿QUÉ LEYES RIGEN ESTE CONTRATO?

- Su contrato de seguro se rige por la legislación española vigente, siendo la norma básica la **Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro**. Esta ley identifica las normas esenciales por las que se rige este tipo de contrato, por ejemplo los derechos y obligaciones de CASER y de usted.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

¿Qué documentos forman parte del contrato?

- Estas **Condiciones Generales**, donde se detalla el alcance de cada garantía (lo que cubre y lo que no cubre) y de las normas que deben regir este contrato.
- Las **Condiciones Particulares o el Certificado de Seguro, en su caso**, que tienen la función de individualizar el contrato, siendo los datos más importantes la identificación del Tomador y/o Asegurado, el objeto del seguro (prestación del servicio fúnebre, ya sea enterramiento o incineración), el importe del seguro, las coberturas contratadas, las excluidas y la duración del contrato.
- Si fuera necesario incluir alguna cláusula adicional que modifique, aclare o detalle alguna circunstancia descrita en las Condiciones Generales o Particulares, el contrato puede contener además **Condiciones Especiales**.
- **La solicitud de seguro** que usted firmó, donde aparecen todos los datos que se consideraron para obtener la aceptación por parte de CASER del contrato y el importe del seguro. Es necesario que lo indicado en estos documentos coincida con lo reflejado en las Condiciones Particulares y Especiales.

Si usted figura como Tomador del Seguro mediante la firma de la solicitud, las Condiciones Particulares, o en su caso Certificado de seguro, acepta las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en la letra negrita en estas Condiciones Generales.

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

- 1. ASEGURADOR:** CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. - CASER -. que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza.
- 2. TOMADOR DEL SEGURO:** Es la persona física o jurídica que, juntamente con CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. - CASER -. suscribe este contrato, ostenta la representación de los Asegurados, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- 3. ASEGURADOS:** Las personas físicas sobre las que se establece el seguro y que figuran nominativamente designadas como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza o en sus Suplementos.
- 4. BENEFICIARIO:** La persona física o jurídica a quien corresponde percibir las prestaciones aseguradas por este contrato.
- 5. PÓLIZA:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
- 6. PRIMA:** El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- 7. PRIMA NATURAL:** Es aquella que se satisface como contraprestación del riesgo que el Asegurador asume y se calcula con base en cálculos técnicos actuariales.
- 8. PRIMA NIVELADA:** Es aquella que permanece invariable durante la vigencia del riesgo.
- 9. DOMICILIO DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO:** El que figura en la póliza, que será el adecuado a todos los efectos.
- 10. SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de indemnización a pagar en caso de siniestro por el Asegurador. El importe de la Suma Asegurada coincidirá con el valor del servicio fúnebre.
- 11. SINIESTRO:** Evento cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías de la Póliza. Se considerará como un único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa.
- 12. SERVICIO FÚNEBRE:** El conjunto de elementos y servicios necesarios para efectuar el sepelio del Asegurado fallecido, los cuales se indican contratados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- 13. ACCIDENTE:** Cualquier hecho fortuito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado que le cause lesión corporal, produciéndole el Fallecimiento o la Invalidez Permanente.

GARANTÍAS Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO PRELIMINAR. -OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantizará, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza y siempre que así se haga constar en las Condiciones Particulares de la misma, la cobertura de los siguientes riesgos:

1. DECESOS
2. ASISTENCIA EN TRASLADOS
3. ASISTENCIA EN VIAJE
4. ACCIDENTES FAMILIARES
5. ORIENTACIÓN LEGAL

ARTÍCULO 1º- DECESOS

¿Qué cubre la cobertura de decesos?

El Asegurador garantiza a los Asegurados que figuren relacionados en las Condiciones Particulares de esta Póliza, la prestación del servicio de enterramiento o incineración contratado al fallecimiento de cada uno de ellos.

¿Qué elementos están garantizados en la prestación del servicio fúnebre?

La prestación del servicio fúnebre se realizará según los usos y costumbres de cada plaza, y constará de los elementos descritos en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

El seguro también incluirá la prestación de un servicio fúnebre especial, en caso de fallecimiento de los hijos de la Asegurada, ocurridos durante el período de gestación o antes de cumplir los treinta días de edad: A partir de dicha edad, el hijo deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

¿Qué ocurre si por parte del Asegurador, la prestación del servicio no fuera posible, o no pudiera llevarse a efecto por causas de fuerza mayor?

En cualquiera de estos dos supuestos, el Asegurador se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de la prestación del servicio, abonando el importe satisfecho hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el Asegurador, a aquellas personas que acrediten suficientemente haberlos pagado.

Sólo en el supuesto de que no se hubiera llevado a cabo el servicio por la imposibilidad de recuperar el cadáver, será abonada la cantidad establecida en

las Condiciones Particulares a los beneficiarios del fallecido, o persona que hubiera designado a tal efecto en su día el Tomador o Asegurado.

¿ Cuáles son los elementos que intervienen en el cálculo de la prima de la cobertura de Decesos?

La prima de la cobertura de Decesos, depende de dos variables: la edad del asegurado, y el valor del servicio fúnebre garantizado.

La edad del asegurado, es el indicador que nos determina la posibilidad de fallecimiento. A mayor edad, mayor riesgo de fallecimiento, y por tanto, mayor prima del seguro.

El valor de servicio fúnebre es el coste real de la prestación de dicho servicio, que se describe en las condiciones particulares del seguro, en el momento del cálculo de la prima en la contratación del seguro, y en las sucesivas renovaciones.

¿Cómo se determina la prima de la cobertura de Decesos?

La prima de la cobertura de Decesos se calcula tanto en la contratación del seguro, como en las sucesivas renovaciones. Se utilizan dos métodos de cálculo distintos, dependiendo de la edad del Asegurado, en dichos momentos.

Método de cálculo "Prima natural"

Es aplicable para aquellos asegurados de edad igual o inferior a 65 años, en el momento en que se calcula la prima de la cobertura de Decesos (en la contratación y en las sucesivas renovaciones).

En función de esa edad, se asigna una tasa de acuerdo a la tabla siguiente (tasas expresadas en tantos por mil), que se multiplica por el valor del servicio de la póliza, en el momento de cálculo de la prima (en la contratación y en las sucesivas renovaciones).

EDAD	TASA
0	2,050
1	2,050
2	2,050
3	2,050
4	2,050
5	2,050
6	2,050

7	2,050
8	2,050
9	2,050
10	2,050
11	2,050
12	2,050
13	2,050
14	2,050
15	2084
16	2,102
17	2,122
18	2,144
19	2,169
20	2,195
21	2,224
22	2,256
23	2,292
24	2,331
25	2,373
26	2,440
27	2,473
28	2,531
29	2,594
30	2,664
31	2,741
32	2,826

33	2,919
34	3,022
35	3,135
36	3,261
37	3,398
38	3,550
39	3,643
40	3,903
41	4,107
42	4,333
43	4,582
44	4,856
45	5,160
46	5,495
47	5,865
48	6,235
49	6,727
50	7,226
51	7,779
52	8,391
53	9,066
54	9,814
55	10,642
56	11,557
57	12,572
58	13,694

59	14,936
60	16,120
61	17,839
62	19,530
63	21,403
64	25,785
65	25,785

Este método de cálculo de prima se conoce como natural en tanto que la tasa crece en la medida que lo hace el riesgo de fallecimiento a mayor edad de la persona asegurada.

La aplicación de este método, unido a la evolución habitualmente creciente del coste de los servicios fúnebres a lo largo del tiempo, propicia que la prima de este seguro tenga incrementos en cada anualidad de seguro, mayores que el I.P.C

Método de cálculo "Prima nivelada"

Es aplicable para aquellos asegurados de edad igual o superior a 66 años, en el momento en que se calcula la prima de la cobertura de Decesos (en la contratación y en las sucesivas renovaciones).

En función de esa edad, se asigna una tasa de acuerdo a la tabla siguiente (tasas expresadas en tantos por mil), que se multiplica por el valor del servicio de la póliza, en el momento de cálculo de la prima (contratación y sucesivas renovaciones).

EDAD	TASA
66	84,831
67	89,358
68	94,199
69	99,379
70	106,933
71	110,875
72	117,258
73	124.113

74	131.482
75 y superior	139,408

La prima del seguro, calculada así, no variará en las sucesivas renovaciones en tanto en cuanto no varíe el coste de la prestación del servicio fúnebre.

En la renovación del seguro, si el coste citado variase, la prima de la cobertura de Decesos del año anterior se incrementará sumando, el resultante de multiplicar la tasa en función de la edad del Asegurado en el momento de la renovación, (según la tabla inmediatamente anterior), por el incremento del valor del servicio señalado en la póliza respecto el año inmediatamente anterior a la renovación.

Las tasas utilizadas en este método de cálculo de "prima nivelada", son mucho más elevadas que las utilizadas en la técnica natural, tanto porque se aplican a Asegurados de mayor edad, como porque deja de valorarse el riesgo real del Asegurado en cada anualidad de seguro para fijar, de forma promediada, el riesgo equivalente a su esperanza de vida.

Este método de cálculo, propicia que la subida de la prima de la cobertura de Decesos evolucione, probablemente, en el entorno del IPC.

Paso de prima natural a nivelada

Cuando un asegurado tiene 66 años en el momento de la renovación de la póliza, el cálculo de la prima pasa de hacerse de prima natural a nivelada.

Este hecho supone un incremento importante en la prima de Decesos en el momento de la renovación en tanto en cuanto, deja de valorarse el riesgo real de fallecimiento del Asegurado en cada anualidad de seguro, por el riesgo de fallecimiento de forma promediada en función de su esperanza de vida.

¿Cómo evoluciona el valor del servicio fúnebre determinado en la póliza?

La evolución viene dada tanto en virtud de los costes de los servicios de los proveedores de servicios fúnebres, como de los costes de inhumación en el cementerio.

Esto supone, por ejemplo, que si bien el proveedor del servicio fúnebre incrementa sus costes en una anualidad en el IPC, puede darse la circunstancia que un Ayuntamiento incremente el coste de inhumación en el cementerio muy por encima del IPC. En este caso, el valor del servicio fúnebre evolucionaría esa anualidad de la misma manera, y el incremento en la renovación de la prima de Decesos de este seguro, sería mayor.

Esta evolución de costes es, en cualquier caso, ajena a la intervención del Asegurador y es por ello que no puede prefijarse en el seguro la evolución de la prima, en las distintas renovaciones.

El Asegurador en cualquier caso, propondrá al Tomador en cada renovación, y con al menos dos meses de antelación, la actualización de su póliza de acuerdo al coste real del servicio fúnebre, descrito en las Condiciones Particulares.

¿Qué ocurre si el Tomador no aceptara la actualización de valores de servicio fúnebre, propuesta por el Asegurador?

La póliza se renovaría con los valores de servicio sin actualizar, y quedaría con un valor de servicio insuficiente para asumir el coste real de la prestación de servicio fúnebre, que se describe en las Condiciones Particulares del presente seguro.

En este caso, el Asegurador, asumirá los costes de la prestación de servicio fúnebre realizada **hasta el límite del valor de dicho servicio señalado en la póliza**, y el importe no cubierto, deberá ser asumido directamente por los familiares ante el prestador del servicio. Si no hubiera esta conformidad por escrito de los familiares ante el proveedor del servicio.

¿Qué es lo que no cubre el seguro?

El seguro no cubre la prestación del servicio o indemnización por fallecimiento del Asegurado a causa de los riesgos de guerra, revolución, motines, epidemias y los declarados por el Gobierno de carácter catastrófico.

ARTÍCULO 2º - ASISTENCIA EN TRASLADOS

¿Qué cubre la cobertura de asistencia en traslados?

El Asegurador se hará cargo de las gestiones y gastos de traslado, sea éste nacional o internacional, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español, elegido libremente por los familiares del Asegurado fallecido.

El traslado del Asegurado se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes se concedan las oportunas autorizaciones, no medien causas de fuerza mayor que lo impidan, y se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

¿Qué límites tiene la garantía de asistencia en traslados?

Esta cobertura contempla el exceso de gastos que, como consecuencia de un traslado sea éste nacional o internacional, asumiría el Asegurador para proceder a la inhumación o incineración del Asegurado fallecido.

Con la contratación de esta garantía y en caso de traslado, el Asegurador garantiza la prestación de un servicio equivalente, tanto en lo que se refiere a los elementos que componen el servicio, como a su valor, a fin de ajustar la prestación del servicio pactado.

En ningún caso los familiares o derechohabientes del Asegurado fallecido, pueden obtener, en caso de traslado, el reembolso de los gastos efectuados directamente por ellos mismos, sin previa autorización del Asegurador, salvo en los casos de urgencia.

No hacer uso de las coberturas de esta garantía, no da derecho al abono de cantidad alguna.

¿Qué no cubre la cobertura de asistencia en traslados?

Quedan excluidas:

- 1. Las personas no residentes en territorio Español.**
- 2. Las personas residentes en territorio Español que permanezcan más de 90 días consecutivos en el extranjero y cuyo fallecimiento se produzca en el extranjero.**

ARTÍCULO 3º- ASISTENCIA EN VIAJE

¿Qué es la asistencia en viaje?

Si mientras usted está realizando un viaje tiene un contratiempo que le impide continuar, el Asegurador le facilita una serie de asistencias y gastos que tienen como finalidad protegerle del incidente sobrevenido.

La presente garantía se extenderá a todas las personas que tengan la consideración de Asegurados en la presente Póliza, y de acuerdo a las siguientes prestaciones y coberturas:

3.1. EN ESPAÑA

¿Qué cubre la cobertura de Asistencia en viaje en España?

El Asegurador garantiza las prestaciones que a continuación se relacionan, motivadas por los desplazamientos en España efectuados por los asegurados de la presente póliza.

No hacer uso de las coberturas de esta garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

1. Garantía de acompañante para asegurados fallecidos en España no peninsular

1.1. En caso de fallecimiento en Territorio Español no peninsular, el Asegurador tomará a su cargo los gastos originados en los desplazamientos de la persona designada (billete ida y vuelta en avión clase turista), hasta el lugar donde hubiera tenido origen el fallecimiento a fin de acompañar el cadáver del Asegurado fallecido.

1.2. Asimismo el Asegurador garantizará los gastos de estancia y manutención de dicha persona designada hasta el límite **de 90,15 €/ día, con un máximo de 601,01 €.**

2. Traslado en ambulancia en caso de accidente o enfermedad grave ocurrido en España

En caso de accidente o enfermedad grave de un Asegurado, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de ambulancia necesarios para su traslado desde el lugar de ocurrencia del siniestro, hasta el centro médico más cercano que cuente con los medios adecuados para su atención clínica. Esta garantía **solo surtirá efecto cuando se haya producido a más de 25 kilómetros de la residencia habitual de los asegurados que figuren en la Póliza, en territorio Peninsular, o 12 Km. en territorio Insular.**

3.2. EN EL EXTRANJERO

¿Qué cubre la cobertura de asistencia en viaje en el extranjero?

El Asegurador, garantiza las prestaciones que a continuación se relacionan, motivadas por los desplazamientos efectuados por los asegurados de la presente póliza, en el extranjero.

En esta garantía se entenderá por:

Asegurado: La persona que tiene dicha condición en la presente Póliza. No se modifica ni perjudica el derecho de los asegurados si estos viajan por separado.

Validez: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

Comunicación: Será condición indispensable, para que el Asegurador asuma sus obligaciones, que SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S. A, prestadora del servicio designada por el Asegurador, sea inmediatamente avisada de las contingencias aseguradas y haya prestado su conformidad.

No se procederá al reembolso de los gastos ocasionados en aquellas prestaciones que no hayan sido organizadas de conformidad con SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A.

No hacer uso de las coberturas de esta garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

1. Garantía de acompañante para repatriación del cadáver

Los beneficiarios del Asegurado fallecido fuera de España peninsular tendrán derecho a un billete en avión clase turista (ida y vuelta), o en el medio de transporte idóneo, para que la persona que ellos designen pueda viajar desde su lugar de residencia hasta el lugar de fallecimiento y regresar acompañando al cadáver.

Si el acompañante debiera permanecer en el lugar de fallecimiento por trámites relacionados con el traslado del cadáver, el Asegurador reintegrará los gastos de estancia y manutención por importe de **hasta 90,15 € diarios con límite de 601,01 €.**

2. Repatriación sanitaria caso de accidente o enfermedad grave en el extranjero

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, el Asegurador tomará a su cargo el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España cercano a su residencia o a su propio domicilio habitual cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado.

Medio de transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, ferrocarril o barco.
- Ambulancia.
- En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso la Entidad sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del coste de esos servicios.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al médico designado por el Asegurador en cada caso, de acuerdo con el médico que trate al Asegurado y, si hay lugar a ello, con su familia.

Igualmente el Asegurador tomará a su cargo los gastos de traslado de hasta dos personas que viajasen con el Asegurado y que también tuviesen tal condición, hasta su lugar de origen o destino, siempre que el coste de este traslado no superase el de retorno al domicilio.

3. Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero

Mediante esta garantía el Asegurador tomará a su cargo, **hasta un límite de 12.020,24 €.**, los gastos que le sean originados a cada Asegurado fuera de España a consecuencia de un accidente o de una enfermedad de carácter imprevisible, ocurrida durante el viaje y dentro del periodo de validez de esta cobertura

En todo caso, los gastos odontológicos de urgencia se limitan **a 120,2 €.**

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementarios de otras percepciones a las que se tenga derecho, tanto el Asegurado como sus causahabientes, bien sea por prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión al que estuvieran afiliados.

Por consiguiente, **el Asegurado se compromete a hacer las gestiones necesarias para recobrar los gastos de estos Organismos y a resarcir al Asegurador de cualquier cantidad que éste haya anticipado.**

4. Prolongación de estancia en hotel en el extranjero

Si el Asegurado enfermo o herido no pudiera regresar, por así estimarlo el médico que lo trate de acuerdo con el médico designado por el Asegurador, éste se hará cargo hasta una cantidad de **90,15 € diarios y con un total máximo de 601,01 €.**, de los gastos debidos a la prórroga de estancia en el hotel y la manutención.

5. Envío de medicamentos al extranjero

El Asegurador gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

Dicho envío queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

No obstante, **la responsabilidad del Asegurador terminará si por la Dirección o el Consejo de Farmacéuticos de España se informase de la no-existencia en nuestro mercado nacional del producto necesitado.**

6. Envío de un médico especialista al extranjero

Cuando el Asegurado accidentado o enfermo en el extranjero presentase un cuadro clínico muy grave que no permitiese trasladarlo, y la asistencia médica que se le pueda prestar no sea la adecuada para su estado, el Médico designado por el Asegurador, tomará la decisión de enviar un médico especialista al lugar donde se encuentre, de acuerdo con las consideraciones de índole médico que se presenten.

7. Consulta médica a distancia en el extranjero

Si el Asegurado necesitase durante su viaje en el extranjero una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, podrá recurrir telefónicamente al Asegurador, que, a través de sus servicios médicos, le facilitará la información de carácter orientativo precisa, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

8. Fianzas por hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad grave, cubiertos por la póliza, el Asegurado precisase ser ingresado en un Centro Hospitalario, el Asegurador se hará cargo, hasta el límite máximo de **601,01 €**, de la fianza que el centro pueda demandar para proceder a la admisión del Asegurado.

9. Anticipo de fianzas y gastos procesales

Si como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil, acaecido fuera del país de domicilio o de residencia señalado en la póliza, el

Asegurado precisara prestar fianza penal para obtener la libertad provisional, o necesitara efectuar provisiones de honorarios para atender los gastos de defensa jurídica, podrá solicitar, previo compromiso formal de proceder a la devolución de las cantidades entregadas en el plazo de sesenta días, el anticipo por el Asegurador de un importe **máximo de 6.010,12 € por fianza y 601,01 € por gastos procesales.**

Con el objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente a efectuar el anticipo, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.

10. Repatriación o transporte de los miembros de la familia menores de quince años

Si los menores de 15 años que viajasen con el Asegurado, por causa de accidente, enfermedad o traslado de éste cubiertos por la póliza, quedasen sin asistencia y no pudieran continuar el viaje, el Asegurador organizará su regreso al domicilio o residencia consignado, enviando un familiar o proporcionado una azafata que los acompañe, si fuera necesario, en el medio de transporte y fecha determinados por el Asegurador.

11. Regreso anticipado a causa del fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los Asegurados en viaje tuviera que interrumpirlo por razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, el Asegurador le hará entrega de; o bien un billete de ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento; o bien dos billetes hasta su domicilio habitual siempre que su acompañante tenga también la condición de Asegurado.

12. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al asegurado hospitalizado, en el extranjero

Si el estado del Asegurado enfermo o herido, impidiera su repatriación y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de cinco días, el Asegurador asume a su cargo:

- Un billete de ida y vuelta de ferrocarril (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.
- El Asegurador abonará además, hasta **90,15 €** por día **sin que el total pueda exceder de 601,01 €.**, y contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia y manutención de esta persona.

13. Transmisión de mensajes urgentes, derivados de las garantías

El Asegurador tendrá a disposición de los Asegurados el servicio de teléfono atendido permanentemente las 24 horas, para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias derivadas de las garantías de Asistencia en Viaje.

14. Intérprete en caso de accidente o enfermedad

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o enfermedad grave ocurrido en el extranjero, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador se compromete a ponerlo a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible.

Los gastos cubiertos quedan limitados a **30,05 € diarios con un máximo por siniestro de 180,3 €.**

15. Servicio de trámites administrativos para hospitalización

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el Centro Hospitalario.

16. Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave en el extranjero

Si el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, robo de sus pertenencias o por enfermedad grave, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de **1.502,53 €.**

Con objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente a efectuar el anticipo, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.

Dicho anticipo queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

El Asegurado se compromete a devolver el importe anticipado por el Asegurador dentro del plazo de 10 días de finalización del viaje, y en cualquier caso, dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

17. Ayuda a la localización y envío de equipajes

En caso de demora o pérdida de equipaje, el Asegurador prestará su colaboración en la demanda y gestión de búsqueda, localización y expedición hasta su domicilio.

18. Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del reenvío al domicilio del Asegurado de aquellos objetos que hubiere olvidado éste en el lugar o lugares donde hubiere estado durante su viaje.

¿A quién no cubre la cobertura de asistencia en viaje?

Quedan excluidas:

- 1. Las personas no residentes en territorio Español.**
- 2. Las personas residentes en territorio Español que permanezcan más de 90 días consecutivos en el extranjero.**

¿Qué no cubre la cobertura de asistencia en viaje?

Queda excluido:

- **Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.**
- **Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.**
- **Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.**
- **En los problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales lo que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia, los gastos quedarán limitados, en cualquier caso, a un máximo de 120,2 €.**
- **El rescate de personas en montaña, mar o desierto.**
- **La práctica de deportes de alto riesgo, tales como montañismo, escalada, moto cross, vuelo sin motor, ala delta y similares.**
- **Los accidentes producidos por la práctica de esquí.**
- **Los gastos relativos a una enfermedad crónica, los de prótesis de cualquier tipo y las curas termales.**
- **Cualquier tipo de gastos médicos inferiores a 9,02 €.**
- **Los suicidios, autolesiones e intoxicaciones por droga o alcohol.**
- **En ningún caso la Entidad sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.**
- **Enfermedades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todos los problemas derivados del alcoholismo y drogadicción.**
- **Vacunaciones y controles de enfermedades previamente conocidas.**
- **Curas termales y terapéuticas con rayos uva.**
- **Fisioterapia y kinesioterapia.**

- **Las enfermedades mentales así como el psicoanálisis y psicoterapia.**

Condiciones adicionales a la garantía de asistencia en viaje en el extranjero

- 1. El Asegurador no es responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.**
 - 2. Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, el Asegurador sólo se hace cargo del exceso sobre los previstos por ellas normalmente, (billetes de tren, avión, travesías marítimas, pasajes, carburantes para el vehículo, etc.).**
 - 3. Será condición indispensable para que la Entidad asuma sus obligaciones, que SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A. sea inmediatamente avisada de las contingencias aseguradas y haya prestado su conformidad.**
- No se procederá al reembolso de los gastos ocasionados en aquellas prestaciones que no hayan sido organizadas de conformidad con la SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A.**
- 4. La Garantía de Asistencia en Viaje se presta por medio de SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., cuya función es exclusivamente la prestación del servicio.**

ARTÍCULO 4º - ACCIDENTES FAMILIARES

¿Qué cubre la cobertura de accidentes familiares?

1. El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones aseguradas que se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza, con motivo del acaecimiento de los riesgos previstos como consecuencia de un accidente:

- A. Fallecimiento por accidente.
- B. Invalidez Permanente por accidente.

2. La cobertura de los riesgos de esta póliza tiene lugar en todo el mundo.

A) FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

El Asegurador garantiza el pago de la Prestación establecida por este riesgo en las Condiciones Particulares de la póliza si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente.

B) INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Se entiende por Invalidez Permanente la irreversible situación física o mental del Asegurado a consecuencia de un accidente, determinante en forma absoluta o parcial de

su ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La determinación de la Invalidez Permanente es independiente de la profesión o actividad previa del Asegurado.

2. El Asegurador garantiza el importe que resulta de aplicar a la prestación establecida por este riesgo, el porcentaje, sobre la suma asegurada, que corresponde según el siguiente baremo:

	Dcho.	Izdo.
–		
– Parálisis completa	100%	
– Enajenación mental incurable	100%	
– Ceguera absoluta	100%	
– Pérdida total o inutilización absoluta de:		
– Ambos brazos, manos , piernas o pies; de un brazo y una pierna o un pie; o de una mano y un pie.....	100%	
– El brazo o la mano	60%	50%
– El dedo pulgar	20%	16%
– El dedo índice.....	16%	13%
– Uno de los demás dedos de la mano.....	8%	7%
– El movimiento del hombro	25%	20%
– El movimiento del codo.....	20%	15%
– El movimiento de la muñeca.....	20%	15%
– La pierna por encima de la rodilla	50%	
– La pierna a la altura o por debajo de la rodilla o del pie completo	40%	
– El dedo gordo del pie.....	10%	
– Uno de los demás dedos del pie.....	5%	
– El movimiento de la cadera o de la rodilla	20%	
– El movimiento del tobillo.....	20%	
– El movimiento de la articulación subastragalina	10%	
– Movimientos de la columna cervical, dorsal o lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%	
– El ojo o reducción no inferior a la mitad de la visión binocular	30%	
– Si la visión del otro ojo ya estaba perdida antes del accidente	50%	
– Acortamiento, no inferior a cinco centímetros, de la pierna.....	15%	

– Fractura no consolidada de la pierna o del pie.....	25%
– Fractura no consolidada de la rótula	20%
– Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%
– Sordera completa de los dos oídos	40%
– Sordera completa de un oído	10%
– Si existía sordera completa del otro oído antes del accidente	20%

Si, el Asegurado es zurdo, se intercambian los porcentajes de invalidez considerados para los miembros derechos e izquierdos.

3. En los casos de invalidez no previstos anteriormente, el importe de la prestación se determinará por analogía con el baremo de la póliza, proporcionalmente a su gravedad.

4. La pérdida funcional de un miembro u órgano se entiende equivalente a su pérdida anatómica. Si la pérdida anatómica o funcional es sólo parcial, el grado de invalidez a considerar se reduce proporcionalmente.

5. La invalidez permanente es valorada excluyendo los defectos o lesiones del Asegurado anteriores al accidente, considerando, sus causas, como padecidas por una persona de integridad física normal.

6. La suma de las prestaciones por varios tipos de invalidez permanente no puede superar el importe total de la prestación establecida por la garantía de Invalidez Permanente. Asimismo, la suma de varios tipos de invalidez de un mismo miembro u órgano no puede superar el importe de la prestación establecida para su pérdida total.

6. El importe de las prestaciones satisfechas por Invalidez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las prestaciones a satisfacer por Fallecimiento.

¿Qué no cubre la cobertura de accidentes familiares?

Si no se establece pacto expreso en contrario están excluidos de las garantías del seguro:

1. Los accidentes o lesiones que se derivan de:

- **Acontecimientos, enfermedades o padecimientos anteriores a la toma de efecto del seguro.**
- **Actos del Asegurado para la provocación intencionada del accidente.**
- **Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación del Asegurado en apuestas, desafíos, riñas o actos delictivos, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- **Embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**

- **Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura que no se derivan de un accidente cubierto por el seguro.**
- **Fallo cardíaco, epilepsia, síncope, aneurismas, varices, hernias y sus consecuencias.**
- **Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no están motivados por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Hechos de carácter político o social y fenómenos sísmicos o meteorológicos, de carácter extraordinario.**
- **Utilización de motocicletas de cilindrada superior a 75 c.c.**
- **La práctica de cualquier deporte como profesional, así como, en todo caso, del ejercicio de:**
- **Deportes acuáticos a más de tres kilómetros de la orilla o costa y submarinismo.**
- **Actividades aéreas y paracaidismo.**
- **Automovilismo y motorismo.**
- **Escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología.**
- **Equitación y polo.**
- **Boxeo, lucha y artes marciales.**
- **Patinaje y hockey sobre hielo, y esquí.**
- **Caza mayor fuera de España.**
- **Toreo y encierro de reses bravas.**
- **Así como otros deportes cuyo riesgo puede considerarse similar a los citados.**
- **Las anteriores exclusiones deben entenderse sin perjuicio de la cobertura, en su caso, del Consorcio de Compensación de Seguros.**

2. Las personas mayores de 70 años de edad.

3. Las personas afectadas, tanto en el efecto del seguro como durante su transcurso, por: Ceguera, parálisis, sordera, enajenación mental, apoplejía,

epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica o cualquier lesión, enfermedad crónica, minusvalía física o psíquica que disminuye su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

ARTÍCULO 5º - ORIENTACIÓN LEGAL

¿Qué cubre la cobertura de orientación legal?

1. El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de información y Orientación Legal extrajudicial ante las situaciones de trascendencia jurídica y administrativa generadas como consecuencia del fallecimiento de un Asegurado.

2. No hacer uso de las coberturas de esta garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

Esta cobertura comprende, exclusivamente, información y orientación relativa a las siguientes materias:

a) Sucesiones.

Orientación relativa a organismos competentes para la solicitud de la documentación necesaria, según los casos, y plazos de presentación para la liquidación del impuesto de sucesiones.

b) Pensiones de viudedad, orfandad y auxilio por defunción.

Orientación relativa a prestaciones del Régimen General de la seguridad Social, organismos competentes para solicitarlas y documentación necesaria para ello. Según los casos.

c) Becas de estudio.

Posibilitar el acceso y continuidad de los estudios de los hijos del Asegurado fallecido que se encuentren cursando estudios oficiales o están en edad de poder hacerlo.

d) Obtención de certificados.

Información relativa para obtener los certificados y partidas de uso común, necesarios tras el fallecimiento de cualquiera de los asegurados por la presente póliza.

e) Contratos de Seguro.

Orientación relativa a derechos y obligaciones referentes a otras pólizas de seguro que amparen el hecho causante del siniestro; actuaciones a seguir frente a la Entidad Aseguradora, obligaciones fiscales y trámites de su liquidación, cuando se requieran.

¿Qué no cubre la cobertura de orientación legal?

En ningún caso se considerarán comprendidas dentro del ámbito de esta cobertura:

- 1. La obligación para el Asegurador de asumir ni tener intervención en los trámites administrativos o judiciales que requieran las materias a que hace referencia.**
- 2. Cuestiones derivadas de relaciones contractuales asumidas por los Asegurados, salvo las mencionadas expresamente.**
- 3. Cualquier hecho que desborde los límites de aplicación de la Legislación Española.**
- 4. El pago de honorarios de cualquier tipo que sean consecuencia de actuaciones profesionales de Abogados, Procuradores, Notarios, Registradores, Gestorías, etc., que tengan intervención respecto a las materias objeto de esta cobertura más allá de las obligaciones de información y orientación que el Asegurador asume por la misma.**

SINIESTROS

ARTÍCULO 1.º -DECESOS

¿Qué es la suma asegurada?

Es el importe del servicio fúnebre contratado, y representa el límite máximo a pagar por el Asegurado en cada siniestro.

¿Qué hacer en caso de siniestro?

En caso de siniestro, los familiares ó derechohabientes del Asegurado fallecido, comunicarán al Asegurador tal circunstancia, a través de la línea de asistencia permanente 902 158 198 creada al efecto. Este teléfono está operativo las 24 horas, todos los días del año.

Una vez efectuada la comunicación el Asegurador, iniciara las gestiones necesarias para poder prestar el servicio garantizado en Póliza.

Cuando un Asegurado sea inhumado en localidad distinta a la consignada como domicilio de aquel en la póliza, se efectuará un servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza, y por importe equivalente al contratado en la póliza.

ARTÍCULO 2.º -ASISTENCIA EN TRASLADOS Y ASISTENCIA EN VIAJE

¿Dónde dirigirse en caso de requerir estos servicios?

En caso de traslado dentro del territorio Español peninsular, el Asegurador deberá conocer, inmediatamente de sucedido, el fallecimiento del Asegurado.

En caso de traslado en España desde fuera de la península (Ceuta, Melilla, Islas Baleares Islas Canarias) o desde el extranjero y para el resto de garantías, el Asegurado deberá llamar inmediatamente al teléfono 902 158 198 si su llamada se produce desde el territorio nacional o el 91 325 5543 si es desde el extranjero.

Estos teléfonos están atendidos permanentemente las 24 horas. Las conferencias telefónicas desde el extranjero se solicitarán por el sistema de cobro revertido, es decir, sin coste alguno para los familiares del Asegurado.

Si en lugar de utilizar el teléfono desea utilizar el fax, podrá hacerlo al número 91 325 5445.

ARTÍCULO 3.º -ACCIDENTES FAMILIARES

¿Cómo actuar?

- El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.
- En todos los casos el Tomador del Seguro o el Asegurado, deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

¿Qué documentos se han de aportar para tener derecho a la prestación?

- Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente.
- Para obtener el pago, el Tomador deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según correspondan se indican a continuación:

a) Fallecimiento.

- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Diligencias Judiciales del accidente, e informes médicos que acrediten que la muerte fue causada por un accidente cubierto.
- Documentación acreditativa de la condición de Beneficiario del seguro. Si los beneficiarios fuesen los herederos legales, será necesario además el auto de Declaración de Herederos dictado por el juzgado competente.

b) Invalidez Permanente.

- Certificado médico de alta con indicación del tipo de invalidez resultante como consecuencia del accidente.

¿Qué plazos tiene CASER para hacer efectiva la indemnización?

- En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador puede deber, según las circunstancias por él conocidas; igualmente una vez que obren en poder del Asegurador los documentos que se solicitan, este abonará la indemnización en el plazo de cinco días.
- Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida si su naturaleza así lo permitiera.

Si no se lograra acuerdo al existir disconformidad en la evaluación del grado de invalidez:

- Si no se lograra el acuerdo en los plazos previstos en el artículo 18 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de estos. Si una de las partes no hubiese hecho la designación, estará obligada a hacerla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización.
- Cuando no haya acuerdo entre peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir esta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de 30 días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.
- El dictamen de los peritos por unanimidad o por mayoría se notificará a las partes de manera y en forma indubitada, siendo vinculante para estas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de 30 días, en el caso del Asegurador, y 180 en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- Si el dictamen de los peritos fuese impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo 18 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de 5 días.
- En el supuesto de que la demora de Asegurador en el pago del importe de la indemnización, devenida inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 4.º -ORIENTACIÓN LEGAL

¿Dónde debo llamar?

En caso de precisar información referente a las prestaciones otorgadas por esta garantía los asegurados, los familiares del fallecido o persona que le represente, podrán contactar con el teléfono 902 158 198 que será atendido por personal especializado.

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL - BASES DEL CONTRATO

FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

La Solicitud de Seguro cumplimentada por el Tomador del Seguro o Asegurado, así como la Proposición efectuada por el Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro.

Si el contenido de la póliza difiere de la Solicitud o, en su caso, de la proposición de Seguro, o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro o Asegurado podrá reclamar a la entidad, **en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza**, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El contrato se perfecciona mediante la firma de la póliza por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.**

Las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que se hayan cumplido ambos requisitos.

El seguro se estipula por años prorrogables, siendo su primer vencimiento anual el 31 de diciembre del año de contratación, independientemente de su fecha de efecto. Por consiguiente, el primer año se abonará la parte proporcional de la prima anual que corresponda al periodo citado anteriormente. Las renovaciones anuales posteriores se producirán automáticamente el 1 de enero de cada año, salvo que el Tomador del Seguro se oponga a la prórroga, mediante notificación por escrito al Asegurador, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo de seguro en curso.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO

El Tomador del Seguro, y en su caso, el Asegurado tiene las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- b) Comunicar a CASER, tan pronto como le sea posible, las altas de Asegurados que vayan a figurar en la Póliza o las bajas de Asegurados que ya figuraren en la misma durante la vigencia del presente contrato, siendo efectivas las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del Seguro o Asegurado. Así se adaptará igualmente la prima a la nueva situación.

c) Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.

OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

El Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro o Asegurado la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.

BENEFICIARIOS

¿Qué se entiende por beneficiario?

A todos los efectos y para aquellas garantías de la presente póliza en las que se determine el pago de una indemnización a los beneficiarios, se entenderán como tales a las siguientes personas de acuerdo con el siguiente orden de prelación:

- El cónyuge no separado legalmente, y los hijos del fallecido a partes iguales.
- En su defecto, los padres del fallecido.
- En su defecto, los herederos legales del fallecido.

PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN

¿Cuándo se pierde el derecho a la percepción de la prestación garantizada?

a) El Asegurado no tendrá derecho a la prestación garantizada si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto expreso en contrario.

b) En el supuesto de inexactitud de la fecha de nacimiento del Asegurado en la presente póliza, CASER sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del seguro, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que le correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la prima efectivamente pagada. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haber abonado al Asegurador, éste se verá obligado a devolver las primas cobradas en exceso, sin intereses.

PAGO DE PRIMAS

El Tomador del Seguro o Asegurado, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en las Condiciones Particulares se acuerde otra cosa. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro o Asegurado en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas, pero podrá convenirse su pago fraccionado, haciéndolo constar en las Condiciones Particulares de la póliza. En todo caso,

el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro o Asegurado de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

La primera prima será exigible conforme al artículo 15 de la mencionada Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagado por culpa del Tomador del Seguro o Asegurado, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato. Si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura queda suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si el asegurador no reclama el pago dentro 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 cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro o Asegurado pague la prima. En cualquier caso, la Entidad, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro o Asegurado entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia (un mes) no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro o Asegurado. En este caso, el Asegurador le notificará que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Tomador del Seguro o Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro o Asegurado, aquél deberá notificar tal hecho a este último por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, Delegación, Sucursal o Agencia del Asegurador. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al asegurador.

OTRAS DISPOSICIONES

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES

¿Dónde podrán acudir las partes para resolver sus diferencias?

Si las dos partes estuviesen disconformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un Agente del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

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

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

PRESCRIPCIÓN

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

PACTO ADICIONAL

El Tomador del Seguro o Asegurado declara conocer el contenido de todas y cada una de las Condiciones Generales de esta póliza y especialmente las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en este documento, que se han resaltado dentro del texto, que acepta y suscribe expresamente con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULAS

CLÁUSULA 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, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el Tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Asegurado hubiese satisfecho, a su vez, los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso, o porque, hallándose la Entidad Aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) 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 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

- 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

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 aquéllos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1º 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 éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del Asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "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 las pólizas de seguro 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 Consorcio 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.conorsegros.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.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

1. Caser pone a disposición de sus clientes su Servicio de Atención al Cliente en Avenida de Burgos, 109, 28050 Madrid. Fax: 91 595 54 96, e-mail: atencionclientes@caser.es.

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas directamente o mediante representación acreditada por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros y partícipes o beneficiarios de planes de pensiones de empleo y asociados de Caser, cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros y planes de pensiones, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.

Las quejas y reclamaciones se presentarán por escrito en cualquiera de las oficinas de la Entidad, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan su lectura, impresión y conservación, y respondan a los requisitos y características legales, establecidas en el Reglamento.

3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, fax 91 339 71 13, cuyas decisiones, no obstante, no son vinculantes. Igualmente, podrá someterlas a los juzgados y tribunales competentes.

4. En todas las oficinas de Caser abiertas al público y en la página web de Caser, www.caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación así como el Reglamento para la Defensa del Cliente de Caser, que regula la actividad y el funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.

5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, texto refundido de la Ley y Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, Ley de Reforma del Sistema Financiero, Ley de Instituciones de Inversión Colectiva, Real Decreto 303/2004, de 20 de Febrero, y Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo, Ley y Reglamento para la Defensa de Consumidores y Usuarios, y Ley de Condiciones Generales de la Contratación).