

Seguro de Accidentes para Grupos

Condiciones Generales de Garantías



Seguro de accidentes para grupos

Indice

Regulación Legal	3
Artículo 1. Definiciones	7
Artículo 2. Objeto del seguro	7
Artículo 3. Personas aseguradas	7
3.1. Para grupos nominados	7
3.2. Para grupos innominados.	7
Artículo 4. Personas excluidas del seguro	8
Artículo 5. Riesgos asegurables.	8
Artículo 6. Exclusiones	8
Artículo 7. Ámbito	10
7.1. Actividad	10
7.2. Ámbito territorial.	10
7.3. Delimitación temporal.	10
Artículo 8. Sumas aseguradas	10
Artículo 9. Valoración - Criterios de indemnización.	11
9.1. Muerte.	11
9.2. Incapacidad permanente	11
9.3. Incapacidad temporal.	12
9.4. Gastos de asistencia sanitaria	12
9.5. Dieta complementaria hospitalización accidentes.	13
9.6. Con carácter general	13
9.7. Beneficiarios	13
9.8. Otras normas de liquidación	13
Artículo 10. Regularización de la prima en los seguros de grupos innominados.	14
Artículo 11. Cobertura opcional de asistencia en viaje.	14
11.1. Definiciones.	14
11.2. Coberturas	14
11.2.1. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos.	14
11.2.2. Repatriación o transporte de los miembros de la familia	15
11.2.3. Regreso anticipado.	15
11.2.4. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado	15

11.2.5.	Repatriación o transporte del Asegurado fallecido	16
11.2.6.	Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero	16
11.2.7.	Inmovilización en un hotel	16
11.2.8.	Ayuda a la localización y envío de equipajes	16
11.2.9.	Anticipo de fianzas, gastos de defensa, y anticipo de efectivo por accidente, robo o enfermedad, en el extranjero	16
11.2.10.	Búsqueda de representante legal.	17
11.2.11.	Intérprete en caso de accidente o enfermedad	17
11.3.	Exclusiones	17
11.4.	Condiciones adicionales.	18

**Artículo 12. Cláusula de indemnización por el Consorcio
de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas
de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España**

	en seguros de daños en los bienes	19
12.1.	Daños en los bienes y a las personas	19
12.1.1.	Resumen de las normas legales.	19
12.1.2.	Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros	22

Condiciones Generales Específicas

(Modelo 2/3.01.10.21)

Regulación Legal

Entidad Aseguradora y autoridad de control de su actividad

Zurich Insurance Public Limited Company, es una compañía aseguradora registrada en Irlanda, con número de compañía 13460, con domicilio en Zurich House, Ballsbridge Park, Dublin 4, Irlanda. Está supervisada y registrada por Central Bank of Ireland, y autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento a través de su sucursal Zurich Insurance plc, Sucursal en España.

Zurich Insurance plc, Sucursal en España, con NIF W0072130H, y con domicilio en Paseo de la Castellana, 81, planta 22, 28046 Madrid, está inscrita en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave E0189.

En aplicación del Art. 123 del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se informa que en caso de liquidación de la entidad aseguradora, no se aplicará la normativa española en materia de liquidación, sino la irlandesa.

Legislación aplicable

- Ley 50/80 de Contrato de Seguro, de 8 de Octubre.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Ley 7/2004, de 29 de octubre, en lo relativo a la regulación del estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Cualquier otra norma que durante la vigencia de la póliza pueda ser aplicable.

Quejas y reclamaciones

Las quejas y reclamaciones podrán dirigirse al Servicio de Defensa del Cliente de la Compañía conforme al procedimiento establecido en el Reglamento para la Defensa del Cliente dispuesto por la Compañía y que se encuentra disponible en nuestra página web, www.zurich.es/defensacliente. Dicho Reglamento se ajusta a los requerimientos de la Orden Ministerial ECO 734/2004 y aquellas normas que la sustituyan o modifiquen.

El Servicio para la Defensa del Cliente regulado en el citado Reglamento dictará resolución, dentro del plazo máximo señalado en este último, a partir de la presentación de la queja o reclamación. El reclamante podrá, a partir de la finalización de dicho plazo, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en su caso.

Cláusula de rescisión de contratación a distancia

En el caso de contratos celebrados mediante el uso de técnicas de comunicación a distancia, el Asegurado, cuando actúe con un propósito ajeno a su actividad empresarial o profesional, dispondrá de un plazo de catorce días naturales desde la celebración para desistir del contrato a distancia, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, de conformidad con el Art. 10 de la Ley 22/2007 de comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores. Para el ejercicio de este derecho el Asegurado deberá dirigir una comunicación

a la Entidad aseguradora. La Compañía se reserva el derecho de retener la parte de prima proporcional al tiempo de cobertura. No será de aplicación el derecho de Desistimiento para seguros obligatorios, pólizas de viaje o equipaje inferiores a un mes, ni para aquellas cuyos efectos terminen antes del plazo de catorce días naturales.

Protección de datos personales

Responsable del tratamiento de los datos: Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Finalidades del tratamiento de los datos:

- **Con la finalidad de gestionar el contrato:** Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de Zurich Insurance plc, Sucursal en España, y de su matriz Zurich Insurance plc, la finalidad de los cuales es la celebración del contrato, la perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro, así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro, reaseguro, y, por parte de la matriz, tratamientos relativos a la prevención del blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo.

Legitimación: La ejecución del contrato y de la normativa propia del seguro, principalmente, la Ley de Contrato de Seguro o la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y de la normativa de prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo.

- **Con la finalidad de prevenir el fraude:** Asimismo, serán utilizados para la prevención del fraude.

Legitimación: Interés legítimo.

- **Con la finalidad de ajustar el precio:** A fin de poder ofrecerle el precio más ajustado a su perfil en la gestión previa a la suscripción del seguro, la Aseguradora podrá consultar el fichero Asnef, cuyo titular y responsable es Asnef-Equifax, Servicios de Información sobre la Solvencia y Crédito, S.L.

Legitimación: Interés legítimo basado en la regulación sobre los sistemas de información crediticia.

Asimismo, a menos que usted se haya opuesto, la Aseguradora podrá tratar sus datos:

- Con la **finalidad de enviarle comunicaciones comerciales por cualquier medio electrónico**, incluidos SMS, correo electrónico o medio de comunicación equivalente, para la oferta, promoción y contratación de bienes y servicios propios de la Entidad aseguradora y de servicios adicionales incluidos en el seguro contratado (como puede ser Manitas en casa, Asistencia informática, etc.).
- Con la **finalidad de enviarle comunicaciones comerciales en papel y mediante llamadas telefónicas**, tanto de productos propios como de seguros y pensiones del Grupo Asegurador, esto es, Zurich Vida u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, según se informa en rgpd.zurich.es.
- Con la **finalidad de elaborar o segmentar perfiles** con los datos por usted facilitados.
- Con la **finalidad de elaborar o segmentar perfiles** con datos derivados de la información resultante del uso y la gestión de los productos contratados.

Legitimación: Interés legítimo y derecho de oposición.

Usted puede oponerse a dichos tratamientos en cualquier momento.

Asimismo, si usted ha dado su consentimiento, la Aseguradora podrá tratar sus datos:

- Con la **finalidad de remitirle comunicaciones comerciales por cualquier medio electrónico**, incluidos SMS, correo electrónico o medio de comunicación equivalente, para la oferta, promoción y contratación de bienes y servicios de seguros o pensiones de otras entidades del Grupo, esto es Zurich Vida u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, según se informa en www.zurich.es/rgpd.
- Con la **finalidad de elaborar o segmentar perfiles con efectos comerciales** basándose en datos propios y de terceros (incluyendo compañías aseguradoras del Grupo).
- Con la **finalidad de comunicar sus datos y, en su caso, los perfiles obtenidos**, a las empresas del Grupo Zurich pertenecientes al sector asegurador y de pensiones para el envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio (electrónico y no electrónico) de sus propios productos y servicios.

Legitimación: Consentimiento expreso.

Destinatarios:

Sus datos podrán ser comunicados a las autoridades a las que la Aseguradora tenga obligación legal de informar, incluyendo juzgados y tribunales, y fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, en caso de ser requerida a ello.

Del mismo modo, en ejecución del contrato, sus datos personales podrán ser comunicados a entidades de reaseguro, coaseguro y demás participantes en la operativa propia del contrato, tales como reparadores, peritos y otros proveedores de servicios.

Asimismo, también serán comunicados a entidades del Grupo o a terceras entidades, en caso de que usted hubiera consentido expresamente esa cesión o en caso de basarse en interés legítimo u obligaciones legales.

Derechos: El titular de los datos tiene derecho, a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar la información adicional en www.zurich.es/rgpd.

En el caso de que el Tomador sea una persona jurídica:

- El Representante (persona física) del TOMADOR queda informado por la presente cláusula de que sus datos personales facilitados para ejecutar este Contrato de Seguro serán tratados por la Aseguradora con la finalidad de gestionar la relación contractual, siendo la base legal de los citados tratamientos la Seguro.

Los datos personales recabados se conservarán mientras esté vigente dicho contrato de Seguro. Una vez extinguida dicha relación, se mantendrán bloqueados durante los plazos de prescripción establecidos por la legislación aplicable.

Los destinatarios de los datos personales serán las Entidades del Grupo de la Aseguradora que por motivos de organización interna pudieran requerir de intervención o proveedores que en su caso, se hubieran contratado.

- En su caso, el TOMADOR garantiza a la Aseguradora, con respecto a cualquier otro dato personal que pueda facilitarle en ejecución del contrato de Seguro, que ha informado al Interesado (ya sea Asegurado, Beneficiario o cualquier otra figura), con carácter previo a dicha comunicación, del tratamiento de sus datos en los términos previstos en la presente cláusula y que habrá cumplido cualquier otro requisito que sea necesario para posibilitar la legítima comunicación de sus datos personales a la ASEGURADORA conforme a la normativa aplicable.

La base legal para los citados tratamientos es la ejecución del presente contrato o el cumplimiento de las obligaciones legales de la normativa de ordenación, supervisión y solvencia de las compañías aseguradoras y con la normativa del contrato de seguro.

Los datos personales no serán comunicados a terceros, salvo en su caso para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en la normativa aplicable.

Asimismo, cuando corresponda, para estas otras figuras intervinientes en seguros en los que el Tomador sea una persona jurídica, la Aseguradora podrá, si se activan los mecanismos pertinentes solicitarle su consentimiento o su no oposición en los mismos casos establecidos más arriba.

Derechos: En ambos casos, el Interesado y el representante tienen derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la **información adicional** en www.zurich.es/rgpd.

Aplicación de orden público internacional

Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no podrá considerarse que el asegurador de cobertura realice pagos o preste algún servicio o beneficio a favor de cualquier asegurado o tercero mientras esa cobertura, pago, servicio o beneficio y/o cualquier otro negocio o actividad del asegurado pudiera contravenir legislaciones o regulaciones comerciales, de embargo comercial, o de sanciones económicas afectadas por un orden público internacional.

Asimismo, en el eventual caso de que la Aseguradora, con ocasión del cumplimiento de las formalidades previstas en dichas regulaciones, sobrepasara el plazo máximo previsto para el cumplimiento de determinadas obligaciones, éstas no devengarán intereses de demora.

Artículo 1. Definiciones

Complementando las definiciones incluidas en las “condiciones generales del contrato de seguro”, en este contrato se entiende por:

Accidente. Toda lesión corporal, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Muerte. El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de accidente.

Incapacidad permanente. La pérdida anatómica o la disminución funcional de carácter permanente e irreversible, sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Incapacidad temporal. La lesión corporal, como consecuencia directa de un accidente, que imposibilite transitoriamente al Asegurado, de forma total o parcial, para el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Gastos asistencia sanitaria. La asistencia médica, farmacéutica y hospitalización, que precise el Asegurado accidentado, de conformidad con lo establecido en el contrato.

Dieta complementaria hospitalización. La cantidad máxima diaria a indemnizar en caso de hospitalización.

Artículo 2. Objeto del seguro

Dentro de los límites establecidos en la póliza, el Asegurador asume la cobertura de los riesgos que más adelante se indican, cuya inclusión figure expresamente pactada en las “condiciones particulares”.

La responsabilidad del Asegurador no podrá exceder en ningún caso, de las respectivas “sumas aseguradas” para cada garantía, determinadas independientemente en las “condiciones particulares”.

Artículo 3. Personas aseguradas

Quedan amparados por el seguro, de acuerdo a la modalidad de seguro que se establezca:

3.1.

Para grupos nominados

Las personas que en la fecha del siniestro estén incluidas de forma nominada en las “condiciones particulares”.

3.2.

Para grupos innominados

Las personas que, en la fecha del siniestro cumplan los requisitos de integración (alta en la Seguridad Social, inscripción en libro de registro, pago de matrícula o la que oficialmente corresponda o se indique en cada caso) para el colectivo que se define en las “condiciones particulares” de la póliza.

Artículo 4. Personas excluidas del seguro

4.1. Personas invidentes, paráliticas y sordas, las que padezcan de epilepsia o de enajenación mental, alcoholismo, toxicomanía, y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza, así como las que sufran de miopía en grado superior a ocho dioptrías en un ojo.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades en alguno de los Asegurados, éstos quedarán excluidos del seguro desde ese momento, restituyendo el Asegurador la parte correspondiente de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

4.2. Por lo que se refiere al caso de "muerte", personas de edad inferior a 14 años, pudiendo asegurarse exclusivamente un capital destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado del fallecido.

4.3. A la terminación del período de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, se extinguen automáticamente las garantías de la póliza para dicha persona.

Artículo 5. Riesgos asegurables

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones previstas para los riesgos que se indican a continuación, cuya inclusión figure expresamente pactada en las "condiciones particulares":

5.1. Muerte por accidente.

5.2. Incapacidad permanente.

5.3. Incapacidad temporal.

5.4. Gastos de asistencia sanitaria.

5.5. Dieta complementaria de hospitalización.

5.6. Asistencia en viaje.

Artículo 6. Exclusiones

En ningún caso quedan cubiertas por el Asegurador los accidentes producidos por causa, o a consecuencia directa o indirecta, de:

6.1. Hechos que no tengan la consideración de "accidente" según se define en el artículo 1 "definiciones" de esta póliza.

6.2. Riesgos no especificados en las "condiciones particulares" o distintos a los estrictamente definidos en las presentes "condiciones".

6.3. Hechos o fenómenos considerados como extraordinarios, de acuerdo al Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros y demás normativa y legislación vigente, aplicable al mismo, aún cuando dicho Organismo no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes, o la indemnización no fuera completa en razón de la aplicación de franquicias, detracciones, Reglas Proporzionales u otras limitaciones.

6.4. Guerras, medie o no declaración oficial, levantamientos populares o militares, insurrección, rebelión, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase, aún en tiempo de paz.

6.5. Terrorismo y/o cualquier medio intencional violento, alborotos populares, motines y revoluciones, salvo que ocurran fuera de España y no tome parte activa el Asegurado.

6.6. Los efectos mecánicos, térmicos, radiactivos, y la contaminación, debidos a reacciones o transmutaciones nucleares cualquiera que sea la causa que los produzca, así como las radiaciones ionizantes.

6.7. Los provocados intencionadamente o de forma dolosa por el Asegurado o por otra persona con su connivencia.

6.8. Los que sean declarados por el gobierno de la nación como "catástrofe o calamidad nacional".

6.9. Las ocurridos bajo los efectos de drogas, o estupefacientes no prescritos médicamente.

6.10. Las enfermedades de cualquier naturaleza, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente.

6.11. Las hernias que no sean consecuencia de esfuerzo súbito.

6.12. El infarto de miocardio y el accidente vascular cerebral, cualesquiera que sea la causa.

6.13. Los siniestros derivados de accidentes anteriores al efecto inicial de la póliza.

6.14. La práctica por el Asegurado de los siguientes deportes:

6.14.1. Automovilismo, motociclismo y motonáutica de competición.

6.14.2. Paracaidismo, vuelo sin motor, vuelo delta y en general cualquier deporte aeronáutico.

6.14.3. Esquí de competición.

6.14.4. Artes marciales, lucha en sus distintas modalidades, boxeo o halterofilia.

6.14.5. Escaladas, alpinismo, espeleología y travesía de glaciares.

6.14.6. Inmersiones con empleo de aparatos respiratorios.

6.15. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

6.16. Los sufridos ocupando plaza como pasajero en aeronaves que no estén autorizadas para el transporte público de pasajeros.

6.17. Los sobrevenidos al conducir vehículos a motor si el Asegurado carece del correspondiente permiso de conducción.

6.18. Los ocurridos usando ciclomotores o motocicletas, excepto para personas con edad superior a 25 años.

Artículo 7. Ámbito

7.1. Actividad

Las garantías de la póliza surten efecto, a solicitud del Tomador del seguro, en el ámbito específico donde o cuando se desarrolla el riesgo objeto del seguro, en el de la vida ordinaria del Asegurado, o ambas a la vez, según se defina en las “condiciones particulares” de la póliza.

7.2. Ámbito territorial

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

7.3. Delimitación temporal

El seguro cubre exclusivamente los siniestros ocurridos durante la vigencia del contrato, y siempre que:

7.3.1. Para la garantía de “muerte”, ésta ocurra dentro de un año a contar desde la fecha en que aconteció el accidente.

7.3.2. Para la garantía de “incapacidad permanente”, ésta sea comprobada dentro de un año a contar desde la fecha en que aconteció el accidente.

Artículo 8. Sumas aseguradas

8.1. El seguro cubrirá únicamente, las garantías y “sumas aseguradas” contratadas y consignadas en las “condiciones particulares”.

8.2. Las prestaciones previstas para los riesgos de “muerte”, “gran incapacidad”, “incapacidad permanente absoluta”, “incapacidad permanente total”, o “incapacidad permanente parcial” no son acumulables entre sí a resultas de un mismo accidente.

8.3. En caso de siniestro que afecte a más de un Asegurado, se establece un límite de 3.005.060,52 Euros por siniestro. En consecuencia, en caso de accidente en el que las cantidades aseguradas para las personas afectadas rebasen los 3.005.060,52 Euros, la indemnización que corresponderá por cada víctima será la que resulte de repartir dicha cantidad proporcionalmente a las cantidades aseguradas.

En el caso de que existan varias pólizas de seguros de accidentes formalizadas con la Compañía, se establece un límite conjunto para las mismas de 300.506,05 Euros por persona, el cual se computará a los efectos de las proporciones establecidas en el párrafo anterior.

8.4. Se establece un límite por persona para accidentes ocurrido en cualquier medio de transporte público de 300.506,05 Euros para cada uno de los casos de muerte e incapacidad permanente.

Artículo 9. Valoración - Criterios de indemnización

El Asegurador valorará las prestaciones garantizadas de acuerdo a los siguientes criterios:

9.1. “Muerte”

Se estimará siempre en el 100% de la suma asegurada para tal concepto.

9.2. “Incapacidad permanente”

En función del tipo de lesión, se estimará en los siguientes porcentajes sobre la “suma asegurada”:

Pérdida completa de la visión de un ojo	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total de fonación	30%

Pérdida o inutilización absoluta:	Der.	Izq.
Del brazo o la mano	60%	50%
De la mano o del antebrazo	60%	50%
Del dedo pulgar	22%	18%
Del dedo índice	15%	12%
De uno de los demás dedos de la mano	7%	
De una pierna por encima de la rodilla	50%	
De una pierna a la altura o por debajo de la rodilla	40%	
Del dedo gordo del pie.	10%	
De cualquier otro dedo del pie.	3%	

Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies.	100%
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo.	100%
Parálisis completa.	100%
Ceguera absoluta	100%

La pérdida o incapacidad funcional parciales se valorarán de forma proporcional.

En el caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad en un mismo accidente, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, hasta el límite máximo del 100%.

Para cada falange terminal de los dedos, se considera “incapacidad permanente” únicamente la amputación total.

La indemnización por la pérdida funcional o anatómica de una falange del pulgar se establece en la mitad; por la pérdida anatómica de una falange del dedo gordo del pie en la mitad y por la de una falange de cualquier otro dedo en un tercio del porcentaje establecido por la pérdida total del dedo respectivo.

En caso de pérdida anatómica o de disminución funcional de un órgano o de una extremidad ya disminuida los porcentajes indicados se reducen teniendo en cuenta el grado de incapacidad preexistente.

Si el Asegurado es zurdo, se invierte, en lo pertinente, el baremo.

9.3.

“Incapacidad temporal”

La indemnización diaria pactada se satisfará de acuerdo con las siguientes normas:

9.3.1. La indemnización se satisface a partir del día indicado en las condiciones particulares, en tanto dure el tratamiento médico requerido por el accidente y por un plazo máximo de dos años desde la fecha en que ocurrió aquél.

La indemnización diaria se paga mientras la persona asegurada esté completamente incapacitada para todas las ocupaciones declaradas en las condiciones particulares.

9.3.2. Si el Asegurado no ejerce profesión alguna la indemnización diaria sólo se pagará mientras no pueda abandonar sus habitaciones o domicilio.

9.3.3. Esta indemnización se paga de una sola vez dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el Asegurador haya recibido el certificado de alta del médico o en la que expire el plazo de dos años anteriormente indicado, caso de no haber cesado antes el tratamiento médico.

9.4.

Gastos de asistencia sanitaria

9.4.1. Si como a consecuencia de accidente cubierto por la póliza, precisase el Asegurado de asistencia sanitaria, el Asegurador se hará cargo del total de los gastos hasta un plazo máximo de 365 días contados desde la fecha del accidente y siempre que la asistencia sea prestada por medio de facultativos o centros sanitarios nombrados por el Asegurador.

En aquellas poblaciones donde el Asegurador no disponga de facultativos o centros sanitarios, reembolsará los gastos de asistencia, conforme a las tarifas de accidentes de trabajo vigentes en el momento del accidente.

En ambos casos quedarán incluidos los gastos de hospitalización, si la exigiere la índole de las lesiones.

9.4.2. De acudir el Asegurado a facultativos o centros no comprendidos en el apartado anterior, el límite de indemnización por gastos de asistencia sanitaria será el indicado en las “condiciones particulares”.

9.4.3. Quedan igualmente comprendidos, los gastos ocasionados por:

9.4.3.1. El traslado urgente del lesionado desde el lugar del accidente al centro sanitario más próximo, excepto en los casos que estén amparados por la cobertura opcional del Artículo 11 “asistencia en viaje”.

9.4.3.2. Los desplazamientos indispensables durante el proceso de curación, cuando las lesiones hayan de ser asistidas en población distinta a la de la residencia habitual del Asegurado.

9.4.3.3. La adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva, u óptica que precise el Asegurado a consecuencia del accidente, sin exceder del 100% de la suma asegurada para gastos de asistencia sanitaria y hasta la cantidad de 300,51 Euros.

9.4.4. Los “gastos de asistencia sanitaria” amparados por la presente cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

9.5.

Dieta complementaria hospitalización accidentes

En caso de hospitalización o internamiento del Asegurado en un centro hospitalario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador pagará la dieta diaria hasta la cantidad diaria pactada en las “condiciones particulares”, y durante un máximo de 90 días, de acuerdo con las siguientes normas:

9.5.1. En caso de hospitalización para someterse a intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 24 horas de estancia.

9.5.2. En caso de internamiento por prescripción facultativa, sin necesitar intervención quirúrgica, la dieta se abonará a partir de las 72 horas consecutivas de estancia.

9.6.

Con carácter general

9.6.1. El Asegurador liquida la indemnización por las consecuencias directas y exclusivas del accidente que sean independientes de condiciones físicas y patológicas preexistentes o sobrevenidas; por tanto, la influencia que el accidente puede haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación de las lesiones producidas por el accidente, son consecuencias indirectas y por tanto no indemnizables.

9.6.2. En los casos de mutilaciones o defectos físicos preexistentes, la indemnización por incapacidad permanente se liquida únicamente por las consecuencias directas ocasionadas por el accidente como si éste hubiese afectado a una persona físicamente integra, sin tomar en consideración el mayor perjuicio derivado de las condiciones preexistentes.

9.7.

Beneficiarios

El derecho a las indemnizaciones por incapacidad permanente es de carácter personal y por tanto, no transmisibles a los herederos.

En defecto de designación expresa de “beneficiarios”, éstos serán por el siguiente orden: la esposa e hijos a partes iguales, en su defecto los ascendientes o descendientes de primer grado, y a falta de estos cualquier otro heredero que legalmente pueda ostentar dicha condición.

Los “beneficiarios” deberán demostrar su condición de herederos legales de no haber sido hecha su designación de modo expreso.

Si después del pago de una indemnización por incapacidad permanente y, como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece, el Asegurador abona a los beneficiarios designados o, en su defecto, a los herederos la diferencia entre la indemnización satisfecha y la estipulada para el caso de Muerte, cuando ésta sea superior. En caso contrario el Asegurador no solicitará el reembolso de la diferencia.

9.8.

Otras normas de liquidación

9.8.1. La indemnización se satisface en España en moneda española al cambio en vigor en la fecha de liquidación del siniestro.

9.8.2. Para las liquidaciones en caso de muerte deberá aportarse en todo caso el correspondiente certificado médico oficial.

Artículo 10. Regularización de la prima en los seguros de grupos innominados

La prima inicial de este contrato tiene carácter de provisional y se ha obtenido en base al número inicial de personas aseguradas facilitado por el Tomador.

Para poder realizar la regularización de prima, la cual se efectúa en función a las altas y bajas producidas entre las fechas de cada período, el Tomador viene obligado a declarar al Asegurador, al finalizar cada anualidad de seguro, el número de personas efectivamente aseguradas que han de servir para la regularización definitiva de la prima durante el período de seguro.

Esta declaración deberá efectuarse en un plazo no superior a los 30 días de la terminación de cada período indicado, para lo cual deberá remitir al Asegurador relación mensual de las altas y bajas producidas entre las fechas de cada anualidad.

Si las cifras efectivas exceden de las que han servido para el cálculo de la prima provisional, el Tomador del seguro abonará al Asegurador lo que éste hubiera percibido de menos, y en caso contrario el Asegurador devolverá al Tomador lo que éste hubiera satisfecho de más, con el límite de la prima mínima establecida en la póliza.

Artículo 11. Cobertura opcional de asistencia en viaje

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones que a continuación se indican, bajo las condiciones siguientes:

11.1. Definiciones

A los efectos de esta Cobertura, se entenderá por **Asegurado**:

- La persona física, residente en España, Asegurado de la póliza, y su cónyuge, así como:
- Sus ascendientes, siempre que convivan en el mismo domicilio de aquéllos.
- Sus descendientes, hasta la edad de 18 años.

No se modifica ni perjudica el derecho de los Asegurados, si éstos viajan por separado.

11.2. Coberturas

Esta garantía es válida a partir de 30 Kms. del domicilio del Asegurado en España.

En caso de accidente no se aplicará franquicia kilométrica alguna.

La garantía comprende:

11.2.1. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, el Asegurador toma 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 aquéllos 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 el Asegurador sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo 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.

11.2.2.

Repatriación o transporte de los miembros de la familia

Cuando el retorno de uno de los Asegurados se hubiese realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado 11.2.1. precedente, y ello impida al resto de los Asegurados continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hace cargo del transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

11.2.3.

Regreso anticipado

Si cualquiera de los Asegurados en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermana o hermano, el Asegurador le hará entrega de 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 dos billetes hasta su domicilio habitual siempre que el acompañante tenga la condición de Asegurado.

11.2.4.

Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado

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

Un billete de ida y vuelta de ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que este designe, acudir al lado del hospitalizado. De producirse la hospitalización en el extranjero, el Asegurador abona además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de esta persona hasta 30,05 Euros por día sin que el total pueda exceder de 180,30 Euros.

11.2.5.

Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador organiza y se hace cargo del transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañaran y tuvieran la condición de Asegurados.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento postmortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, hasta un límite de 300,51 Euros.

En cualquier caso, el costo del ataúd habitual y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo del Asegurador.

11.2.6.

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

Mediante esta garantía el Asegurador tomará a su cargo 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, hasta un límite de 3.005,06 Euros.

Se establece, para el caso de enfermedad, una franquicia del 10% de la indemnización con un mínimo de 30,05 Euros, que correrá a cargo del Asegurado en cada siniestro.

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementarios de otras percepciones a las que 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 cobrar los gastos de estos organismos y a resarcir al Asegurador de cualquier cantidad que éste haya anticipado.

11.2.7.

Inmovilización en un hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, de acuerdo con el médico designado por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos debidos a la prórroga de estancia en el hotel hasta una cantidad de 30,05 Euros diarias y con un total máxima de 180,30 Euros.

11.2.8.

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.

11.2.9.

Anticipo de fianzas, gastos de defensa, y anticipo de efectivo por accidente, robo o enfermedad, en el extranjero

Para las causas señaladas a continuación y exclusivamente de producirse el hecho fuera del territorio español, el Asegurador efectuará anticipos de efectivo de acuerdo con los términos previstos seguidamente:

- **Anticipo fianza judicial**

Si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, se le exigiere al Asegurado una fianza penal, por parte de las autoridades del país en que se haya producido el mismo, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, hasta un límite de 4.507,59 Euros.

- **Anticipo gastos de defensa**

Si, como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, el Asegurado tuviera necesidad de contratar su defensa legal, el Asegurador adelantará los gastos que la misma comporte, hasta un límite de 1.502,53 Euros.

- **Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave.**

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

Con objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, 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.

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

11.2.10.

Búsqueda de representante legal

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza ocurrido en el extranjero, precisara el Asegurado de la contratación de un abogado o procurador para defender sus intereses legales, el Asegurador se compromete a efectuar la búsqueda y poner a disposición del mismo, a la mayor brevedad posible, al profesional correspondiente.

Los honorarios del abogado o procurador serán a cargo del Asegurado.

11.2.11.

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 interprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador se compromete a ponerlo a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible.

Los gastos cubiertos por el Asegurador quedan limitados a 30,05 Euros diarios con un máximo por siniestro de 180,30 Euros.

11.3.

Exclusiones

Quedan excluidas:

11.3.1. Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.

11.3.2. Las enfermedades mentales y los estados patológicos conocidos por el Asegurado, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.

11.3.3. Los embarazos. No obstante, hasta el 6º mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.

11.3.4. Los gastos relativos a una enfermedad crónica; los de prótesis de cualquier tipo, las curas termales y gastos de odontólogo.

11.3.5. La participación en competiciones deportivas y el rescate de personas en montaña, mar o desierto.

11.4.

Condiciones adicionales

11.4.1. Será de aplicación a estas garantías complementarias, las “condiciones generales” de la póliza, en tanto no se opongan a lo establecido en el presente Artículo.

En todo caso, el Asegurador no es responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.

11.4.2. 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, peajes, carburantes para el vehículo, etc.).

11.4.3. Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, que el mismo sea inmediatamente avisado de las contingencias aseguradas y haya prestado su conformidad. El reembolso de gastos lo hará contra los documentos justificativos (facturas, recibos o análogos) y dentro de los límites convenidos, reservándose el derecho a exigir a los Asegurados la devolución de los billetes o pasaje no utilizados.

11.4.4. El Asegurador queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder a las personas aseguradas, contra cualquier tercero responsable, hasta el límite del costo a su cargo en el respectivo siniestro.

**Artículo 12.
Cláusula de
indemnización
por el Consorcio
de
Compensación
de Seguros de
las pérdidas
derivadas de
acontecimientos
extraordinarios
acaecidos en
España en
seguros de
daños en los
bienes**

Conorcio de Compensación de Seguros.

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España en seguros de daños en los bienes y en los de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles

12.1.

Daños en los bienes y a las 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, 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, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- 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 por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

12.1.1.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

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

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geo-

gráfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) Los ocasionados en 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, o a su manifiesta falta de mantenimiento.**
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.**
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.**
- g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior 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.**
- h) 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 de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- i) Los causados por mala fe del asegurado.**
- j) Los derivados de siniestros por fenómenos naturales que causen daños a los bienes o pérdidas pecuniarias cuando la fecha de emisión de la póliza o de efecto, si fuera posterior, no preceda en siete días naturales a aquél en que ha ocurrido el siniestro, salvo que quede demostrada la imposibilidad de contratación anterior del seguro**

por inexistencia de interés asegurable. Este período de carencia no se aplicará en el caso de reemplazo o sustitución de la póliza, en la misma u otra entidad, sin solución de continuidad, salvo en la parte que fuera objeto de aumento o nueva cobertura. Tampoco se aplicará para la parte de los capitales asegurados que resulte de la revalorización automática prevista en la póliza.

- k) 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.
- l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de las pérdidas pecuniarias delimitadas como indemnizables en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oíl, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Franquicia

La franquicia a cargo del asegurado será:

- a) En el caso de daños directos, en los seguros contra daños en las cosas la franquicia a cargo del asegurado será de un siete por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, no se efectuará deducción alguna por franquicia a los daños que afecten a viviendas, a comunidades de propietarios de viviendas, ni a vehículos que estén asegurados por póliza de seguro de automóviles.
- b) En el caso de pérdidas pecuniarias diversas, la franquicia a cargo del asegurado será la misma prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños que sean consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.
- c) Cuando en una póliza se establezca una franquicia combinada para daños y pérdida de beneficios, por el Consorcio de Compensación de Seguros se liquidarán los daños materiales con deducción de la franquicia que corresponda por aplicación de lo previsto en el apartado a) anterior, y la pérdida de beneficios producida con deducción de la franquicia establecida en la póliza para la cobertura principal, minorada en la franquicia aplicada en la liquidación de los daños materiales.

4. Extensión de la cobertura

- 1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. No obstante lo anterior:

- a) En las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.
- b) Cuando los vehículos únicamente cuenten con una póliza de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará el valor del vehículo en el estado en que se encuentre en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro según precios de compra de general aceptación en el mercado.

12.1.2.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

El Tomador y/o Asegurado

El Asegurador

Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Paseo de la Castellana, 81, planta 22
28046 Madrid


Entidad inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 36766,
folio 1, hoja M 658706. Con dirección y domicilio social en
Paseo de la Castellana, 81, planta 22, 28046 Madrid.

NIF: W0072130H

www.zurich.es

 @zurichseguros

 ZurichSegurosES

ZURICH®  ZURICH® | Las marcas comerciales que aparecen están registradas
a nombre de Zurich Insurance Company Ltd en muchas
jurisdicciones de todo el mundo.