



¿Quién es quién en este contrato?

El Tomador de la póliza Persona física o jurídica que suscribe o contrata la póliza con la Entidad Aseguradora, asumiendo las obligaciones derivadas de ésta, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o beneficiario, en lo sucesivo Usted.

En su caso, el Tomador de la póliza es:

FERIA MUESTRARIO INTERNACIONAL DE VALENCIA NIF: Q4673004J
AVENIDA FERIAS, nº S-N
46035 BENIMAMET-BENIFERRI - - ESPAÑA
Móvil:
E-mail:

El Mediador del Seguro WILLIS IBERIA CORREDURIA SEGUROS Y REASEGUROS,S.A. Cód: 669215
CL. Colon 000004
46004 VALENCIA - VALENCIA
Teléfono: 963943842 Móvil: NA
E-mail: guillem@willis.com

La Entidad Aseguradora AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Ins: en el R.M. de Baleares al Tomo 2325, Folio 63, Hoja PM-61041,
Inscripción 2ª. CIF A-60917978. D.S.: calle Monseñor Palmer, 1, 07014 -
Palma de Mallorca

Datos de la póliza Fecha efecto última modificación 17.11.2015 a las 00:00 horas
Fecha vencimiento 17.11.2016 a las 00:00 horas.

Importe de la póliza	Precio de la póliza	Forma de pago
	Tributos y Consorcio	Anual
	Precio total	Domicilio cobro Mediador

te o





Descripción del riesgo

- Código de convenio: 4600805-Valencia oficinas y despachos
- Actividad profesional: SERVICIOS DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS Y/O SIMILARES EMPRESAS DE LA PROV.
- Número de asegurados:
- Enfermedad profesional: No
- Ámbito de cobertura: 2,000
- Conducción de moto: No incluido
- Práctica de deportes: No incluido

Tabla Resumen de las Garantías y capitales asegurados

La Tabla siguiente contiene la información relativa a lo que le cubre y no le cubre esta póliza de seguro (importes expresados en euros).

Capitales a asegurar

Coberturas	Capital	Franquicia
Fallecimiento por accidente laboral	18.000,00	
Fallecimiento por accidente no laboral	18.000,00	
Incapacidad permanente parcial profesional habitual por accidente laboral	18.000,00	
Incapacidad permanente total profesional habitual por accidente no laboral(*)	18.000,00	
Incapacidad permanente total profesional habitual por accidente laboral(*)	18.000,00	
Incapacidad permanente absoluta todo trabajo accidente laboral(*)	18.000,00	
Incapacidad permanente absoluta todo trabajo accidente no laboral(*) ..	18.000,00	
Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual por accidente no laboral(*)	18.000,00	
Gran invalidez accidente laboral(*)	18.000,00	
Gran invalidez accidente no laboral(*)	18.000,00	

(*) Coberturas y capitales no acumulables como consecuencia de un mismo accidente.

¿Qué le cubre cada garantía y qué no le cubre?

Se entiende por:

Asegurado

Es la persona física objeto del seguro, a quien corresponden en su caso los derechos derivados de la póliza. Puede, si está interesado en ello y en caso de fallecimiento del Tomador si es distinta persona, cumplir los deberes y obligaciones que, en principio, corresponden al Tomador del Seguro.

Entidad Aseguradora

La Entidad AXA SEGUROS GENERALES, S.A. de Seguros y Reaseguros, entidad domiciliada en Palma de Mallorca, en



Monseñor Palmer nº1. Asume los riesgos derivados de esta Póliza a cambio del cobro de las primas. Se denominará en lo sucesivo Asegurador y se encuentra sometido al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía de España.



Accidente

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Accidente de Circulación

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, producida por u originada en un vehículo terrestre, aéreo o marítimo, y para la presente póliza si se hubiera contratado la cobertura de **Fallecimiento por accidente de circulación**, en concreto:

- a) como peatón en vía pública abierta al público, cuando el accidente sea causado por un vehículo.
- b) como usuario de transportes públicos marítimos, aéreos o terrestres, **como conductor o pasajero de un vehículo terrestre con o sin motor, distinto a los de transporte público, con la excepción de los que pueda sufrir el Asegurado en calidad de conductor o pasajero de ciclomotores o motocicletas cualquiera que sea su cilindrada.**

Accidente laboral

Lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o a consecuencia de un accidente ocurrido durante la prestación de un trabajo retribuido ejecutado por cuenta ajena, siempre que sea considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Accidente no laboral

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado y que no tiene carácter de accidente laboral.

Asistencia sanitaria

Atención o cuidado de la salud del Asegurado, cuando dicha salud se vea alterada a consecuencia directa de un accidente.

Beneficiario

La persona titular del derecho a la indemnización, coincidiendo con el Asegurado en todas las coberturas, salvo en el caso de fallecimiento en las que a falta de designación expresa, se considerarán Beneficiarios, al cónyuge del Asegurado no separado legalmente, en su defecto los hijos del Asegurado por partes iguales, y en su defecto a los padres del Asegurado. En defecto de todos los anteriores, se considerarán Beneficiarios los herederos legales del Asegurado.

Capital Asegurado

Es el valor establecido por el Tomador para lograr la cobertura económica que precisa el Beneficiario en caso de que se produzca el evento objeto de seguro. Su importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar el Asegurador en caso de siniestro. Su cuantía y evolución figuran en las Condiciones Particulares.

Plazo de Carencia

Es el periodo de tiempo que deberá transcurrir desde la fecha de efecto de la póliza hasta el momento que el Asegurado tiene plero derecho a percibir las prestaciones otorgadas por la misma.

Certificado de seguro

Documento justificativo que acredita la pertenencia del Asegurado al Grupo Asegurado.

Cicatriz

Marca que aparece después de haberse curado totalmente una llaga, úlcera o herida.

La cicatriz es una masa de tejido conjuntivo que se forma en el lugar donde hubo una herida o un proceso inflamatorio, siendo el resultado de los fenómenos de reparación (cicatrización) que se producen para taponar la lesión causada por un traumatismo en un tegumento exterior u órgano o tejido profundo.

Cobertura

Conjunto de riesgos amparados por la póliza. El Asegurador cubre las consecuencias de los riesgos previstos en ella y, si se produce un evento cubierto, garantiza el pago de una indemnización.

Competir en deporte

Practicar un deporte sujeto a determinadas reglas o controles impuestos por Organismos al margen del competidor.

Cuestionario-solicitud

Formulario a través del cual el Asegurador obtiene del Tomador/Asegurado la información que precisa sobre las características de las personas y riesgos a asegurar, para resolver sobre su aceptación o rechazo y, en su caso, estimar la prima.



ia

está
, en



Cúmulo/ Límite Máximo por Evento

Capital máximo indemnizable por siniestro. En caso de siniestro que afecte a varios asegurados y como consecuencia del mismo, el total de las indemnizaciones que se deriven, superen el límite convenido a tal efecto en la **Tabla Resumen de Garantías y Capitales Asegurados**, el importe a percibir por cada asegurado afectado se reducirá proporcionalmente sin superar en ningún caso este límite máximo.

Deporte

Actividad recreativa, con predominio del ejercicio físico, casi siempre sujeta a determinadas reglas, requiriendo una preparación con distintos grados de intensidad y dedicación en función de las modalidades deportivas y objetivos que se deseen alcanzar, pudiendo convertirse en un medio y una forma de vida para la persona que practica el deporte.

Deporte afilcionado con competición o exhibición

Deporte practicado de forma individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club, siendo su fin la competición o exhibición y no constituyendo un medio de vida para la persona que lo realiza.

Deporte afilcionado sin competición ni exhibición

Deporte practicado con cierta regularidad en tiempo de ocio, por lo general de forma individual y al margen de la organización o supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club.

Deporte esporádico

Deporte practicado en tiempo de ocio, por lo general de forma individual, al margen de la organización o supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club y siempre que se practique de forma espontánea e irregular en el tiempo y no requiera una preparación teórica previa.

Deporte profesional

Deporte practicado de forma individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación Deportiva, Organismo o Club y que constituye un medio de vida para la persona que lo realiza.

Edad actuarial

Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto del contrato.

Enfermedad Común

Alteración de la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico legalmente reconocido que no sea consecuencia de un accidente.

Enfermedad profesional

La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, provocada por la acción de los elementos o sustancias que sean propias de la profesión habitual realizada y siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Estancia hospitalaria

La utilización de las instalaciones del hospital, siempre que se pernocte y se haga una de las comidas principales, almuerzo o cena, en el mismo.

Fallecimiento

Muerte del Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Fecha de ocurrencia de un accidente

Momento en el que como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la Intencionalidad del Asegurado, éste fallece o se le producen unas lesiones que derivan en una incapacidad temporal, muerte o incapacidad permanente, independientemente de cuándo estas incapacidades resulten definitivas.

Franquicia

Porcentaje o parte del capital garantizado en cada cobertura o número de días que quedan a cargo del Tomador/Asegurado en caso de siniestro.

Garantía

Compromiso adquirido con el Tomador/Asegurado de responder del cumplimiento de la obligación contraída si se produce un hecho previsto en la póliza.

Gran Invalidez

Se entiende por gran invalidez aquella situación en que el Asegurado se encuentre inhabilitado para la realización de cualquier profesión u oficio y además requiere de la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la



vida como consecuencia de la pérdida orgánica o funcional de sus miembros y/o facultades, y cuya recuperación sea irreversible.

Grupo asegurado

Conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común de naturaleza laboral, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, pero diferente a éste, que cumplen las condiciones precisas para poder ser Asegurados.

Hecho causante

Momento en que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Hospital

Establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades y lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

Hospitalización

Período de tiempo, medido en estancias, que permanece ingresado un paciente en régimen cerrado, esto es, que permanezca en el hospital, pernocte y haga las comidas principales, almuerzo y cena, en el mismo.

Incapacidad permanente

Pérdida orgánica o funcional de los órganos, miembros o facultades del Asegurado que, una vez agotadas todas las posibilidades terapéuticas, disminuyan parcialmente o anulen totalmente la capacidad del mismo de una forma irreversible, y cuya recuperación no se estime previsible, que sean consecuencia directa de un accidente y cuya intensidad se describe en el baremo de la garantía de invalidez permanente.

Incapacidad temporal

Pérdida orgánica o funcional de los órganos, miembros o facultades del Asegurado que le inhabiliten transitoriamente para el total o parcial desempeño de la profesión o actividad habitual que haya declarado en el presente contrato y que sea consecuencia directa de un accidente.

Infarto de Miocardio

Muerte o lesión del tejido muscular cardíaco por falta de flujo sanguíneo debido a la oclusión o trombosis de una o más arterias coronarias, siempre que sea considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Intervención quirúrgica

Operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otro sistema de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiera la utilización de una sala de operaciones.

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo

La que inhabilite por completo al Asegurado para toda profesión u oficio, siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el asegurado

La que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al Asegurado una disminución en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma y siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Incapacidad permanente total para el ejercicio de la profesión habitual

Pérdida orgánica o funcional de los órganos, miembros o facultades del Asegurado, que le inhabiliten por completo para la realización de la profesión o actividad habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y que sea consecuencia directa de un accidente y siempre que sea considerada como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Lesión corporal

Cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

Lesiones permanentes no invalidantes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del Asegurado, siempre que sean consideradas como tales por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.





Nexo laboral

Vínculo en virtud del cual una persona física, denominada trabajador, presta voluntariamente sus servicios retribuidos por cuenta ajena, dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, física o jurídica, denominada empleador o empresario y, para la presente póliza, Tomador.

Plazo de disputabilidad

Período de tiempo durante el cual el Asegurador puede negar las prestaciones o impugnar el contrato, alegando la existencia de lesiones o enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esta facultad en el caso de que el Tomador/Asegurado haya actuado dolosamente.

Póliza

Es el conjunto de documentos en los que se materializa el contrato del seguro y contiene las condiciones que regulan el mismo.

Prima

Es el precio del seguro. En los recibos, además del importe de la prima, se incluyen los impuestos y recargos legalmente aplicables.

Prótesis

Elemento que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico o miembro o una parte de los mismos.

Relación nominal de trabajadores TC2

Documento que acredita que el trabajador está dado de alta en la Seguridad Social.

Secuela

Pérdida anatómica o pérdida funcional, irreversible y definitiva, que persiste tras la curación de una lesión padecida a consecuencia de un accidente.

Secuelas permanentes

Lesiones, mutilaciones o deformaciones de carácter definitivo no reconocidas como tales en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, por tener su origen en un accidente no laboral y/o no constituir una incapacidad permanente, pero que sí suponen una disminución o alteración de la integridad física del Asegurado.

Siniestro

Hecho derivado de un accidente. El conjunto de daños o perjuicios derivados de una misma causa o suceso constituye un único siniestro.

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que conjuntamente con el Asegurador suscribe esta póliza y a la que corresponden las obligaciones que se deriven de la misma, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Urgencia vital

Situación grave que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inminente. Un accidente no necesariamente supondrá una urgencia vital.

Objeto, Alcance, Vinculación y Extensión del seguro

Objeto del seguro

El Asegurador garantiza, dentro de los términos establecidos en las Condiciones de la póliza, el pago de las indemnizaciones previstas cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, considerado como tal por resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Alcance del seguro

Ámbito de aplicación

En el momento de la contratación de la póliza, el Tomador elegirá la modalidad deseada; quedando recogida en las Condiciones Particulares, de entre las opciones siguientes:

- a) **Cobertura veinticuatro horas.** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, ocurrido en cualquier momento del día.



b) **Cobertura laboral.** El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas derivadas de un accidente corporal, cubierto por la póliza, que tenga carácter de accidente laboral reconocido como tal en resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Ámbito geográfico

Dentro de los límites establecidos en las Condiciones de la póliza, el Asegurador garantiza las consecuencias de los accidentes cubiertos ocurridos en cualquier parte del mundo, **excepto en países en guerra declarada o latente.**

Asegurado

Tendrá la consideración de Asegurado la persona que cumpla **todos** los requisitos siguientes:

- estar vinculada al Tomador por un nexo laboral y constar en la "**Relación Nominal de Trabajadores TC2**" de la Seguridad Social en el momento de formalizar la póliza o durante la vigencia de la misma si el nexo laboral con el Tomador se iniciara después de la referida formalización;
- no encontrarse en situación de incapacidad temporal o pendiente de calificación de las lesiones o secuelas derivadas de un accidente ocurrido antes de la formalización de la póliza o de la inclusión en la plantilla del Tomador.

Vinculación del seguro a las decisiones de los organismos competentes de la seguridad social o jurisdicción laboral

Dado el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social que tiene la póliza y su sujeción, en consecuencia, a las normas socio-laborales, la calificación del accidente, del fallecimiento, del grado de la incapacidad permanente y de las lesiones permanentes no invalidantes, vendrá determinada por la regulación de la Seguridad Social, en su caso, o la resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social o los que los sustituyan y/o por la Jurisdicción Social.

Calificación de las secuelas permanentes

Si en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconocieran al Asegurado unas secuelas derivadas de un accidente no laboral cubierto por la póliza que, sin embargo, sí estuvieran reconocidas en el baremo de la misma, el Asegurador entregará al Asegurado la indemnización que le corresponda de acuerdo con lo establecido en el referido baremo contenido en el Artículo 4º de estas Condiciones Generales.

Extensión del seguro

Reconocido el accidente como tal por resolución firme de los Organismos Laborales o Jurisdiccionales competentes, las indemnizaciones que pudieran corresponder al Asegurado al amparo de las coberturas otorgadas en la póliza, se ajustarán a los siguientes extremos:

Requisitos necesarios para tener derecho a las indemnizaciones previstas en la póliza

Ambas partes contratantes, Tomador y Asegurador, pactan expresamente que el derecho del Asegurado o Beneficiario a las indemnizaciones previstas en la póliza como consecuencia directa de un accidente cubierto, será efectivo si se cumplen **todos** los requisitos siguientes:

- la cobertura objeto de reclamación está cubierta por la póliza;
- el accidente o, en su caso, las causas, sucesos o hechos que provocaron dicho accidente, no están excluidos en la póliza;
- la fecha del hecho causante se encuentra dentro del período de vigencia de la póliza;
- el accidentado era Asegurado en la fecha del hecho causante;
- las acciones derivadas del contrato no hayan prescrito.

Fecha de validez del capital de referencia para el cálculo de la indemnización

Reconocido el derecho del Asegurado a la indemnización, ésta se fijará tomando como referencia:

- en caso de fallecimiento, **el capital garantizado** en la fecha del hecho causante;
- en caso de incapacidad permanente de cualquier grado, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, **el capital garantizado** para la indemnización será el previsto en cada cobertura en la fecha del hecho causante;
- en el resto de coberturas, el capital o parámetro de referencia para la indemnización será el previsto en cada una ellas **en la fecha de ocurrencia del accidente.**

Fecha del hecho causante

El hecho causante en cada cobertura contratada se entenderá producido:

- en caso de fallecimiento, en la fecha de ocurrencia del accidente;
- en caso de incapacidad permanente de cualquier grado, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, **en la fecha de ocurrencia del accidente;**

Seguro de Accidentes Colectivos

Nº Póliza 8639891



- en caso de enfermedad profesional, será en la fecha que se produjo la causa determinante o se manifestó la misma, la primera que se produzca;
- en el resto de coberturas contratadas, será en la fecha de ocurrencia del accidente.

Fecha de ocurrencia de un accidente

Momento en el que como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, éste fallece o se le producen unas lesiones que derivan en una incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes, independientemente de cuándo éstas resulten definitivas.

Anulación de la póliza

En caso de que por decisión del Tomador o del Asegurador se anulara la póliza, cesarían las coberturas y garantías de la misma desde el mismo momento en que dicha anulación sea efectiva de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro. No obstante, a la hora de reconocer indemnizaciones por accidentes ocurridos antes de la anulación, se tendrá en cuenta lo establecido en estas Condiciones.

Coberturas del Seguro

El Asegurador asume, en los términos establecidos en la póliza, los siniestros garantizados por las coberturas que a continuación se detallan, hasta el límite del capital garantizado en cada una de ellas, siempre y cuando dichas coberturas figuren expresamente señaladas en el presente contrato.

Fallecimiento por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el presente contrato. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.

Fallecimiento por accidente de circulación

Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Se entenderá por accidente de circulación el que sufra el Asegurado según lo establecido en el apartado "Se entiende por:" accidente de circulación.

Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente de circulación y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el presente contrato. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.

Incapacidad permanente por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una incapacidad permanente en sus grados de "Incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el Asegurado", "Incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el Asegurado", "Incapacidad permanente absoluta" o "gran Invalidez", el Asegurador le abonará la indemnización que le corresponda en función del grado de incapacidad permanente alcanzado y reconocido en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, según lo siguiente:

- En caso de gran Invalidez, incapacidad permanente absoluta o incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el Asegurado, una indemnización igual al capital garantizado previsto en el presente contrato en cada una de estas coberturas.
- En caso de incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el Asegurado, una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en el presente contrato para esta cobertura, el porcentaje indicado en el BAREMO y NORMAS del presente contrato, Apartados Baremo y Normas de aplicación de las condiciones del presente contrato, en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

BAREMO para valorar el porcentaje de indemnización en función de las secuelas definitivas e irreversibles, a consecuencia del accidente sufrido



Cuestiones a considerar en la Interpretación y aplicación del baremo

- a) en la interpretación y aplicación del baremo se tendrá en cuenta también el contenido de las NORMAS que figuran en este apartado;
- b) **todas las secuelas que se describen en el baremo son traumáticas, es decir, directamente derivadas de un accidente;**
- c) cada vez que en el baremo aparezca la palabra "pérdida", ésta se interpretará como pérdida funcional o amputación, según la característica de la lesión que produjo la secuela al Asegurado;
- d) **el porcentaje fijado en el baremo en cada caso o tipo de secuela, representa el límite de indemnización en el supuesto de máximo grado de dicha secuela, por lo que si dentro del mismo caso, ésta fuera de grado inferior, el porcentaje se reducirá en función del grado real de la misma.**

Tabla de Indemnizaciones según el porcentaje de Invalidez Permanente

BAREMO

Secuelas postraumáticas

Porcentaje sobre el capital garantizado

Cabeza

Pérdida (funcional o amputación)

Cráneo

- Estado vegetativo persistente o muerte cerebral (coma) 100%
- Alteración del habla sin posibilidad de comunicación 50%
- Amnesia anterógrada o de fijación 30%
- Amnesia retrógrada o de evocación 2%
- Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter y de la libido) 0%
- Epilepsia (sin antecedentes):
 - 1 ó 2 crisis anuales 10%
 - 1 ó 2 crisis mensuales 20%
 - Crisis frecuentes obligando a modificar actividades habituales 40%
 - Crisis frecuentes impidiendo una actividad regular 60%

Síndromes psiquiátricos

- Neurosis, psicosis 0%
- Síndrome depresivo 0%
- Trastorno orgánico de la personalidad 40%
- Demencia incurable y total 100%

Cara

Sistema óseo:

- Pérdida del maxilar superior 40%
- Pérdida de la mandíbula 35%
- Fractura no consolidada e inoperable de la mandíbula 15%

Sistema olfatorio:

- Pérdida total de la nariz 25%
- Pérdida parcial de la nariz 10%
- Pérdida del olfato (anosmia) 3%

Boca:

- Pérdida total de la lengua 30%
- Pérdida del gusto (ageusia no secundaria de la anosmia) 3%
- Pérdida completa de todas las piezas dentarias 20%

Sistema ocular:

- Pérdida de un ojo o la visión total de un ojo 30%
- Ceguera total, pérdida de los dos ojos 100%
- Alteración del campo visual (hemianopsias, cuadrantanopsias y escotomas) 15%





Sistema auditivo:	
• Sordera unilateral	15%
• Vértigo vestibular o laberíntico persistente e intratable	25%
• Sordera bilateral	60%
Tronco, abdomen y pelvis	
Pérdida (funcional o amputación)	
Sistema óseo	
• Neuralgia intercostal por fractura de costillas	0%
Sistema respiratorio	
• Insuficiencia respiratoria:	
– Ligera (Disnea grado I PO2 = 80-71) camina al paso normal	10%
– Moderada (Disnea grado II PO2 = 70-61) no sigue un paso normal	30%
– Notable (Disnea grado III PO2 = 60-45) no puede caminar más de 100 m.	60%
– Importante (Disnea grado IV y V) fatiga en reposo	90%
Laringe y tráquea	
• Parálisis de una cuerda vocal (dísfonía)	10%
• Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30%
• Traqueotomizado con cánula (irreversible)	40%
Mamas	
• Mastectomía unilateral	15%
• Mastectomía bilateral	30%
Bazo	
• Esplenectomía (extirpación total con repercusión hematológica)	10%
• Esplenectomía (extirpación total sin repercusión hematológica)	5%
Riñón	
• Extirpación de un riñón (Nefrectomía)	20%
• Extirpación de los dos riñones	70%
Vejiga	
• Incontinencia urinaria inoperable	10%
Aparato genital masculino	
• Pérdida del pene	30%
• Pérdida de los dos testículos	15%
• Pérdida de un testículo	5%
Aparato genital femenino	
• Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	30%
• Pérdida de matriz	20%
• Pérdida de los dos ovarios	15%
• Pérdida de un ovario	5%
Columna cervical	
• Secuelas subjetivas tras esguince cervical (mareos, cefaleas, vértigos, dolor)	0%
• Limitación de la movilidad cervical consecutiva de fracturas cervicales:	
– Menor o igual que el 20%	5%
– Mayor o igual que el 20% y menor que el 41%	10%
– Mayor que el 40%	30%
• Artrosis cervical consecutiva de fracturas vertebrales	0%
• Hernia discal sin antecedentes de patología cervical:	
– que no requiera tratamiento quirúrgico	5%
– que requiera tratamiento quirúrgico	10%
• Protusión discal sin antecedentes de patología cervical	0%
• Agudización del síndrome de una artrosis cervical	0%



Columna dorso lumbar y pelvis

• Limitación de la movilidad dorso lumbar consecutiva de fracturas vertebrales:	
- Menor o igual que el 20%	5%
- Mayor que el 20% y menor que el 41%	10%
- Mayor que el 40%	30%
• Hernia discal lumbar, sin antecedentes de patología lumbar:	
- que no requiera tratamiento quirúrgico	5%
- que requiera tratamiento quirúrgico	10%
• Artrosis consecutiva de fracturas vertebrales sin antecedentes de patología dorsal o lumbar	0%
• Síntomas subjetivos en columna dorsal o lumbar (dolor, cansancio, rigidez)	0%
• Reagudización de procesos artrósicos en columna dorsal o lumbar	0%
• Hernia discal sin antecedentes de patología lumbar	15%
• Protusión discal lumbar sin antecedentes de patología lumbar	0%
• Disyunción púbica y sacroilíaca	10%
• Fracturas de ramas pélvicas que producen dolores	0%
• Coxigodinia postraumática	0%

Extremidades superiores

Pérdida (funcional o amputación)

Hombro

	Derecho	Izquierdo
• Abolición total del movimiento de hombro	30%	25%
• Rotura parcial del manguito de rotadores (inoperable), incluyendo déficits funcionales	7%	6%
• Rotura total del manguito de rotadores (inoperable), incluyendo déficits funcionales	15%	12%
• Hombro doloroso	0%	0%

Brazo

• Amputación a nivel del brazo	60%	51%
• Pseudoartrosis de húmero (inoperable)	15%	12%
• Rotura musculares inoperables (bíceps, tríceps), incluyendo déficits funcionales	7%	6%

Codo

• Pérdida total del movimiento de codo	25%	20%
• Pseudoartrosis de codo (inoperable)	10%	8%

Antebrazo y muñeca

• Amputación de antebrazo	50%	40%
• Pérdida total de movimiento de muñeca	20%	17%
• Pseudoartrosis de cúbito y radio (inoperable)	10%	8%
• Algodistrofia de muñeca/mano (incluye repercusión funcional)	0%	0%

Mano

• Amputación de la mano (desde antebrazo)	50%	50%
• Pseudoartrosis de escafoides (inoperable)	5%	4%
• Amputación total del pulgar	20%	17%
• Amputación total del dedo índice	12%	10%
• Amputación total del dedo medio	8%	7%
• Amputación total del dedo anular	6%	5%
• Amputación total del dedo meñique	5%	4%
• Tendinitis	0%	0%

Parálisis

	Derecho	Izquierdo
• Del plexo braquial	60%	51%
• Del nervio mediano	30%	24%
• Del nervio radial	30%	24%
• Del nervio cubital	30%	24%
• Del nervio circunflejo	10%	8%





	Derecho	Izquierdo
Paresias		
• Del plexo braquial	25%	20%
• Del nervio mediano	10%	8%
• Del nervio radial	10%	8%
• Del nervio cubital	10%	8%
• Del nervio circunflejo	3%	2%
Extremidades Inferiores		
Pérdida (funcional o amputación)		
Cadera		
• Abolición total del movimiento de cadera	25%	
• Artrosis	0%	
Muslo		
• Amputación a nivel del muslo	50%	
• Pseudoartrosis de fémur (inoperable)	30%	
Rodilla		
• Abolición total del movimiento de la rodilla	30%	
• Lesiones ligamentosas operadas:		
- Ligamentos laterales:		
- con inestabilidad	5%	
- sin inestabilidad	0%	
- Ligamento cruzado:		
- con inestabilidad	10%	
- sin inestabilidad	0%	
• Extirpación total de rótula (Patelectomía)	10%	
• Extirpación parcial de rótula	5%	
Pierna		
• Amputación de la pierna por debajo de la rodilla	35%	
• Pseudoartrosis de tibia (inoperable)	15%	
Tobillo		
• Abolición total del movimiento tibiotarsiano	15%	
• Inestabilidad de tobillo (inoperable)	5%	
• Artrosis tibio-tarsiana	0%	
• Algodistrofia/osteoporosis	0%	
Pie		
• Amputación del pie	30%	
• Amputación a nivel del tarso o metatarso	20%	
• Amputación del primer dedo	10%	
• Amputación de todos los dedos excepto el primero	10%	
• Amputación de un dedo distinto al primero	3%	
• Abolición del movimiento de la articulación subastragalina	8%	
• Pie doloroso	0%	
Parálisis		
• Del nervio ciático	50%	
• Del nervio ciático poplíteo externo	35%	
• Del nervio ciático poplíteo interno	20%	
• Del nervio crural	35%	
Paresias		
• Del nervio ciático	20%	
• Del nervio ciático poplíteo externo	15%	
• Del nervio ciático poplíteo interno	10%	
• Del nervio crural	15%	



Acortamiento de un miembro

• Igual o inferior a 1,50 centímetros	0%
• Mayor que 1,50 centímetros y menor que 3,1 centímetros	5%
• Mayor que 3 centímetros y menor que 6,1 centímetros	10%
• Mayor que 6 centímetros	15%

Sistema nervioso central

• Paraplejía	100%
• Tetraplejía	100%
• Hemiplejía completa	100%
• Pentaplejía	100%

Pérdidas conjuntas (funcional o amputación)

• Pérdida de los dos antebrazos	100%
• Pérdida de las dos manos	100%
• Pérdida de las dos piernas por debajo de la rodilla	100%
• Pérdida de los dos pies	100%

Valoración del infarto de miocardio

• Infarto de miocardio sin repercusión funcional	0%
• Infarto de miocardio con insuficiencia cardíaca:	
- Grado I	
Disnea de grandes esfuerzos	10%
- Grado II	
Disnea de moderados esfuerzos	20%
- Grado III	
Disnea de pequeños esfuerzos	50%
- Grado IV	
Disnea de reposo	70%

Enfermedad profesional

• Si los Organismos competentes de la Seguridad Social, los que los sustituyan o la Jurisdicción Social reconocieran la enfermedad profesional como accidente laboral y otorgaran:	
- Una Gran Invalidez o una Incapacidad Permanente Absoluta	100%
- Una Incapacidad Permanente Total	45%
- Una Incapacidad Permanente Parcial o unas Lesiones Permanentes no Invalidantes	0%
• Si no hubieran intervenido los Organismos competentes de la Seguridad Social, los que los sustituyan o la Jurisdicción Social	0%

Dolor

• Dolor sin limitación funcional de órgano o aparato	0%
--	----

Cicatrices, callos y perjuicios estéticos

• Cicatrices en la cara igual o superior a 2 centímetros	1%
• Cicatrices en el resto del cuerpo, cualquiera que sea su medida	0%
• Callos óseos	0%
• Perjuicios estéticos distintos a los derivados de una cicatriz en la cara	0%

Normas de aplicación en la valoración de las secuelas

- 1) La valoración de las secuelas se fijará independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo contemplado en las condiciones de este apartado.
- 2) En caso de Asegurados zurdos, y así declarado en el cuestionario-solicitud, los porcentajes consignados en la tabla anterior para las diversas secuelas de las extremidades superiores, derecha e izquierda, se entenderán invertidos.
- 3) Las Invalideces que no estén enumeradas en la lista anterior, aunque sean de menor importancia, serán indemnizadas en proporción a su gravedad y repercusión funcional, comparada con la de las Invalideces enumeradas, según el baremo recogido en el RD 1971/1999 tablas AMA y sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.
- 4) En caso de secuelas concurrentes se aplicará la fórmula de Incapacidades concurrentes, fórmula de Balthazar:

$$(100-M) \times m \div M$$





Siendo *M* la puntuación de mayor valor y *m* la de menor valor.

En el caso anterior, la suma del porcentaje, nunca podrá superar el 100% del capital garantizado.

- e) La lesión de miembros u órganos ya lesionados con anterioridad o con estado anterior patológico, no será indemnizada más que por la diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.
- f) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considerará como la pérdida total del mismo.
- g) La valoración de las secuelas de miembros u órganos provocadas por el accidente, no podrá ser aumentada por el estado de malformación de otros miembros u órganos que no han sido afectados por dicho accidente.
- h) En caso de varias secuelas en una articulación, miembro, aparato o sistema, la suma de las mismas, nunca podrá superar a la que corresponda a la pérdida total del mismo.
 - l) El Asegurador fijará la indemnización cuando las secuelas hayan sido reconocidas como definitivas y una vez agotados todos los medios para aminorarlas o eliminarlas.
 - j) En caso de secuelas residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará la primera prótesis, hasta el límite del 1% del capital garantizado previsto para la incapacidad permanente.
- k) Si se hubiera indemnizado por una incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o por unas secuelas permanentes, derivadas de un accidente o accidente de circulación cubierto por la póliza, y a resultados del mismo el Asegurado sufriera una incapacidad de grado superior a la indemnizada, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre lo abonado y la indemnización que pudiera corresponderle derivada de dicha agravación. Si la indemnización fuera superior, el Asegurado queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.
- l) Sólo se valorarán secuelas que provoquen perjuicio funcional. No se valorarán secuelas anatómicas sin repercusión funcional.
- m) No tendrán la consideración de invalidez y por tanto no serán indemnizables:

- **Dolor:** neuralgias, coxigodinia postraumática, dolor residual postfractura, etc.
- **Trastornos subjetivos:** parestesias, hipoestesia, síndrome postconmocional, secuelas subjetivas tras esguince cervical, etc.
- **Lesiones anatómicas o rotura de órganos sin repercusión funcional:** lobectomía hepática, colecistectomía, protusiones discales, lesiones meniscales operadas o sin operar, lesiones ligamentosas operadas o sin operar, infarto de miocardio sin repercusión funcional, callos y deformidades óseas, algodistrofia y osteoporosis sin repercusión funcional, fracturas sin repercusión funcional, etc.
- **Trastornos psicolátricos:** neurosis, psicosis, trastorno depresivo, etc.
- **Perjuicios estéticos:** cicatrices cualquiera que sea su medida, calidad y localización y cualquier otro perjuicio estético.
- **Otros trastornos no indemnizables:** amnesia retrógrada de evocación, pérdida total o parcial del olfato, pérdida total o parcial del gusto, agravación de artrosis previa y artrosis postraumática.

Lesiones permanentes no invalidantes por accidente laboral

Si a consecuencia de un accidente laboral cubierto por la póliza, el Asegurado sufriera unas Lesiones permanentes no invalidantes, reconocidas en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, el Asegurador le abonará una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en el presente contrato para esta cobertura, el porcentaje indicado en el Baremo y Normas del presente apartado, en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

Secuelas permanentes por accidente no laboral

Si en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconocieran al Asegurado unas secuelas permanentes derivadas de un accidente no laboral cubierto por la póliza que, sin embargo, sí estuvieran reconocidas en el Baremo y Normas del presente apartado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en el presente contrato para esta cobertura, el porcentaje indicado en el citado BAREMO en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

Incapacidad permanente por accidente de circulación

Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una incapacidad permanente en sus grados de "Incapacidad permanente parcial para la profesión que ejercía el asegurado", "Incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el asegurado", "Incapacidad permanente absoluta" o "gran invalidez", el Asegurador le abonará la indemnización que le corresponda en función del grado de incapacidad permanente alcanzado, según lo establecido en el presente apartado.

Se entenderá por accidente de circulación, el que sufra el Asegurado según lo establecido en el apartado "Se entiende por" del presente contrato.

Lesiones permanentes no invalidantes por accidente de circulación laboral

Si a consecuencia de un accidente de circulación laboral cubierto por la póliza el Asegurado sufriera unas Lesiones permanentes no invalidantes, reconocidas en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social, el Asegurador le abonará una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en el presente contrato para esta



cobertura, el porcentaje indicado en el Baremo y Normas del presente apartado, en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

Se entenderá por accidente de circulación, el que sufra el Asegurado según lo establecido en el apartado "Se entiende por" del presente contrato.

Secuelas permanentes por accidente de circulación no laboral

Si en la vía Administrativa o Jurisdiccional del Orden Social no se reconocieran al Asegurado unas secuelas permanentes derivadas de un accidente de circulación no laboral cubierto por la póliza que, sin embargo, sí estuvieran reconocidas en el Baremo y Normas del presente apartado de estas Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al resultado de aplicar al capital garantizado previsto en el presente contrato para esta cobertura, el porcentaje indicado en el citado BAREMO en función de la pérdida orgánica o pérdida funcional irreversible y definitiva, consecuencia del accidente sufrido.

Se entenderá por accidente de circulación, el que sufra el Asegurado según lo establecido en el apartado "Se entiende por" del presente contrato.

Incapacidad temporal por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufriera una **Incapacidad temporal** que le impidiese ejercer su profesión u ocupación, el Asegurador le abonará la indemnización diaria prevista en el presente contrato.

Normas para la fijación de la Indemnización diaria

- La indemnización diaria se empezará a devengar desde el mismo día del accidente, salvo que se haya pactado una franquicia en el presente contrato, en cuyo caso se empezará a devengar desde el día indicado en las mismas.
- La indemnización diaria cesará cuando el Asegurado se incorpore a su profesión u ocupación o cuando hayan transcurrido 365 días desde la fecha de ocurrencia del accidente. Asimismo, también cesará al producirse el fallecimiento o determinarse la incapacidad permanente.
- Si en el presente contrato se hubiera establecido una franquicia en días, el Asegurador abonará la indemnización en exceso de la misma y como máximo trescientos sesenta y cinco días menos los días de duración de dicha franquicia.
- Para pólizas de duración inferior a un año, la indemnización diaria comenzará a devengarse desde el día indicado en el presente contrato y se abonará hasta el alta médica y como máximo durante el período de duración de dicha póliza.
- Para coberturas de duración inferior a un año, con independencia de la duración de la póliza, la indemnización diaria comenzará a devengarse desde el día indicado en el presente contrato y se abonará hasta el alta médica y como máximo durante el período de duración de dicha cobertura.

Asistencia sanitaria por accidente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisara asistencia sanitaria, el Asegurador le abonará los gastos en que incurriera por dicha asistencia sanitaria, durante el plazo y condiciones siguientes:

Gastos en régimen hospitalario o por servicios facultativos en régimen ambulatorio

El Asegurador abonará al Asegurado el coste de los servicios prestados por los facultativos que le atiendan en régimen ambulatorio, sin internamiento, o en régimen hospitalario, así como los derivados de cualquier tratamiento o intervención que precise dicho Asegurado mientras se encuentre hospitalizado, además del coste de los servicios de manutención y estancia y farmacia durante su hospitalización, hasta un máximo de 365 días consecutivos, a contar desde el mismo día de ocurrencia del accidente.

Otros gastos distintos a los médicos/hospitalarios

El Asegurador abonará los gastos que se detallan a continuación, hasta el importe fijado en el presente contrato, hasta un máximo de 365 días consecutivos, a contar desde el mismo día de ocurrencia del accidente.

- traslado urgente.** El realizado al Asegurado inmediatamente después del accidente hasta el centro hospitalario en el que se le practique la primera cura.
- desplazamiento.** Aquellos que durante el proceso de curación, deba realizar el Asegurado en un medio de transporte público acorde con las lesiones que padece.
- asistencia domiciliar.** La asistencia a domicilio prescrita por los médicos y realizada por una persona especializada, cuando el Asegurado no pueda valerse por sí mismo durante el proceso de curación y con el límite máximo de 60 días.
- adquisición e implantación** de la primeras prótesis ortopédicas, dentales, ópticas o acústicas que necesite el Asegurado por prescripción facultativa.
- alquiler o compra** de elementos auxiliares, tales como muletas, sillas de ruedas y análogos que deba utilizar el Asegurado por prescripción médica.
- rehabilitación física** por prescripción facultativa.
- medicamentos.** El coste de adquisición de medicinas prescritas médicamente durante el proceso de curación extrahospitalario.

Seguro de Accidentes Colectivos

Nº Póliza 8639891



- h) **pruebas médicas.** El coste de los servicios complementarios prescritos por un facultativo al Asegurado durante el proceso de curación en régimen no hospitalario, tales como análisis, radiografías, resonancias, escáner y similares.
- i) **estancia de un acompañante.** Los gastos facturados por el centro hospitalario como consecuencia de la manutención y estancia de un acompañante **con el límite máximo de 72 horas.**
- j) **búsqueda y rescate** del Asegurado desaparecido.
- k) **traslado** para inhumación en el lugar de residencia del Asegurado, cuando el accidente haya ocurrido en lugar distinto al de su provincia de residencia habitual.
- l) **cirugía estética post-traumática.** La recuperación quirúrgica de defectos estéticos que hayan quedado tras la curación y siempre que se realicen en los doce meses siguientes.
- m) **compensación económica** por deterioro o pérdida de prendas y complementos de vestir deteriorados o perdidos como consecuencia de un accidente que origine tratamiento médico al Asegurado.

En la compensación se tendrá en cuenta la depreciación derivada del uso y disfrute de la prenda o complemento.

Normas de aplicación en la asistencia sanitaria

- a) Si se prestase la asistencia por facultativos u hospitales no aceptados expresamente por el Asegurador, éste reembolsará al Asegurado la mitad de los gastos generados y como máximo el límite establecido en el presente apartado.
No obstante, quedarán incluidos íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios, con independencia de quien los preste.
- b) Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales del Asegurado se abonarán durante un período máximo de 30 días.
- c) La asistencia sanitaria cesará al producirse el fallecimiento o determinarse la incapacidad permanente y se abonará independientemente de estas coberturas.
- d) Si la asistencia sanitaria también está garantizada mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos incurridos en la proporción que exista entre el límite por él otorgado y la asistencia total obtenida por el Asegurado.
- e) Los gastos de asistencia sanitaria amparados por la póliza no se abonarán al Asegurado si los mismos han sido abonados por otro seguro.
- f) Si en el presente contrato se hubiera establecido una franquicia, el Asegurador abonará el pago de la indemnización en exceso de la misma y hasta los límites previstos en la presente póliza.
- g) Para pólizas de duración inferior a un año, la asistencia sanitaria se prestará desde el día del accidente y se abonará hasta el alta médica **y/o como máximo con el límite de un año.**
- h) Para coberturas de duración inferior a un año, con independencia de la duración de la póliza, la asistencia sanitaria se prestará desde el día del accidente y se abonará hasta el alta médica **y/o como máximo con el límite de un año.**

Gasto de sepelio

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Se entenderá por gastos de sepelio, los gastos de traslado hasta el lugar de inhumación en su residencia habitual.

Muerte por enfermedad

Si a consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza se produjera la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Muerte por cualquier causa

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza se produjera la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Riesgos no asegurados

Salvo que se trate de un Accidente Laboral reconocido como tal por los Organismos competentes o figure contratada la cobertura de Muerte por cualquier causa o las garantías complementarias de Muerte por Enfermedad, Incapacidad Absoluta o Total por Enfermedad, ambas partes contratantes, Tomador y Asegurador, pactan expresamente que no se pagarán los capitales previstos en la póliza cuando el Asegurado sufra unas lesiones corporales derivadas de las situaciones descritas a continuación:

- **Actos dolosos o causados intencionadamente por el Asegurado, salvo que el daño haya sido producido para evitar un mal mayor. En caso de ser causados dolosamente por el Beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor.**



- Duelos, apuestas, desafíos, riñas, actos de temeridad manifiesta e injustificada o cualquier acción ilegal o delictiva en que participe el Asegurado, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- Imprudencia o negligencia grave, declarados así judicialmente.
- Suicidio, tentativa de suicidio o automutilación y todo accidente que tenga como origen cualquier patología psiquiátrica o psicopatía.
- Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH, o por el virus de la hepatitis así como las enfermedades y manifestaciones relacionadas con éstos, cuando no sean motivadas por un accidente laboral.
- Envenenamiento o intoxicación por ingestión de productos alimenticios o farmacológicos sin prescripción facultativa, salvo si se produce el fallecimiento del Asegurado.
- Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, salvo que el Asegurado o Beneficiario puedan probar que el accidente no tuvo relación con dicho estado por ser un tercero el causante del mismo. En caso de accidente de circulación, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholismo exceda de lo permitido legalmente o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- Conducción de un vehículo sin estar en posesión del correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.
- Operaciones quirúrgicas que no obedezcan a la curación de patologías derivadas de accidentes garantizados por la póliza, sean cuales fueren sus consecuencias, aún cuando éstas diferentes afecciones fueran de origen traumatológico.
- Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.
- Radiación o contaminación radiactiva, así como la que se derive de la energía nuclear, salvo que sea consecuencia de un tratamiento médico aplicado a causa de un accidente cubierto por la póliza.
- Aneurismas, varices, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, lumbocárdica, distensiones, quebraduras musculares, lumbago, dolor, desgarró, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y esto se pueda probar por medios diagnósticos precisos.
- Golpe de calor, insolaciones, congestiones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Infarto, infarto de miocardio, insuficiencia vascular, accidente vascular cerebral, angina de pecho, embolia, parada cardíaca, derrame, trombosis, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes de cualquier clase y, en general, supuestos de la misma o similar naturaleza, así como los accidentes que pudieran sobrevenir como consecuencia de dichos supuestos siempre y cuando no sea declarado accidente laboral por los organismos competentes de la seguridad social y/o por la Jurisdicción Social.
- La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público, así como la utilización como tripulante de cualquier medio de navegación aérea.
- "La catástrofe o calamidad nacional", calificadas como tal por el Estado.
- Guerra declarada o latente, invasión, hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- Hechos de carácter político o social, motines, alborotos, tumultos populares, terrorismo, rebellón, revolución, insurrección o usurpación de poder, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- Fenómenos de la naturaleza o de acontecimientos de carácter consorciable, salvo que los mismos supuestos que ampara el Consorcio de Compensación de Seguros ocurran fuera de España y se pueda probar que el Asegurado no se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- Los que corresponden al "Consorcio de Compensación de Seguros", aun cuando este Organismo no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan la cobertura o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para dicho Organismo.
- La conducción de ciclomotores o motocicletas de cilindrada superior a los 125 centímetros cúbicos siempre y cuando no sea declarado accidente laboral por los organismos competentes de la seguridad social y/o por la Jurisdicción Social.
- La práctica de un deporte y los entrenamientos realizados en calidad de aficionado con competición o exhibición, participando en torneos, exhibiciones, competiciones organizadas o supervisadas por una federación deportiva, club





deportivo u organismo con capacidad para ello, entendiendo por deporte afilcionado con competición o exhibición lo definido en el Apartado "Se entiende por:" del presente contrato.

- En cualquier caso, la práctica y los entrenamientos de los deportes que a continuación se indican, independientemente del modo y frecuencia con que se practiquen:
 - actividades subacuáticas con aparatos autónomos de ayuda respiratoria, alpinismo, artes marciales, automovilismo, bobsleigh, boulder, buceo, boxeo, caza mayor, ciclismo (excepto paseo), culturismo, deportes en ríos de montaña, equitación (saltos), escalada, espeleología, golfing, gimnasia (excepto mantenimiento), halterofilia, hockey sobre hielo, patines o hierba, hípica (excepto paseo), lucha grecorromana, libre o canaria, motociclismo, motonáutica, mountain bike (excepto paseo), paracaidismo, pasó de montaña en cordada, pesca submarina, patinaje artístico, pruebas combinadas de atletismo, polo, puenting, rafting, rápel, rápidos, regatas a vela, rugby, rallys, rummyng, surf, safari, saltos de trampolín, travesía de glaciares, trial, triatlón, vuelo sin motor, en parapente, en paracaídas, en ultraligero, en ala delta, en globo, en motoplano o vuelo deportivo, wind-surf y, en general, cualquier deporte de nueva aparición y peligrosidad similar a los señalados anteriormente.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- La enfermedad profesional, salvo que figure expresamente incluida en el Apartado "Descripción del Riesgo".

Observaciones

POR EL PRESENTE APENDICE SE HACE CONSTAR, QUE SEGUN DECLARACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, DURANTE EL EJERCICIO 2014 A 2015, EL NUMERO DE TRABAJADORES HA SIDO DE 153, POR TANTO CORRESPONDE EXTORNAR UNA PRIMA NETA DE 731,45 EUROS POR EXCESO DE 46 ASEGURADOS. QUEDA ESTABLECIDA EN POLIZA UNA NUEVA PRIMA NETA DE CARTERA PARA LA ANUALIDAD 2015.2016 DE 2.438,92 EUROS. CONTINUAN SIN VARIACION, EL RESTO DE CONDICIONES Y CLAUSULAS PACTADAS EN POLIZA.

¿Cuánto le cuesta y cuál es la duración del seguro?

Perfección, toma de efecto y duración del contrato

El contrato se considera formalizado y en vigor desde el momento que el Tomador firma la póliza y paga la prima; pero en ningún caso antes de la fecha y hora de efecto indicadas en el presente contrato.

Duración

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año, salvo notificación escrita efectuada con una antelación de al menos DOS meses a la conclusión del seguro.

Asimismo, en caso de que figuren contratadas, cesarán las coberturas que a continuación se detallan, salvo que el Asegurador acepte expresamente la prórroga de las mismas:

- al cumplir el Asegurado la edad de 65 años se extinguirá la cobertura de incapacidad temporal;
- al cumplir el Asegurado la edad de 70 años se extinguirán el resto de coberturas no citadas en el apartado anterior;

Pago de la prima

El Tomador está obligado al pago de la prima mediante domiciliación bancaria de los recibos, salvo pacto en contrario en el presente contrato.



El pago de la primera prima será exigible a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.



En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento y si 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 los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por él o por sus representantes legalmente autorizados.

Si se pacta la domiciliación de los recibos de prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas.

- a) El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez días. Transcurrido dicho plazo se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de prima.
- c) Durante la vigencia de la póliza el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el Apartado a).

Determinación y pago de la indemnización

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago del capital o las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las Condiciones de la misma, el Asegurador efectuará dicho pago al Asegurado o Beneficiario de dichas prestaciones, una vez cubiertos los requisitos exigidos. Las prestaciones aseguradas se pagarán en el domicilio del Asegurador y dentro de los plazos establecidos en la legislación vigente.

En caso de que el Asegurador no hubiera efectuado el pago por causa no justificada en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro y presentación de los documentos exigidos, la indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue incrementado en el 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro la indemnización se verá incrementada de acuerdo con la legislación vigente.

¿Necesita nuestros servicios?

Solicitud de las indemnizaciones

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

En caso de fallecimiento

- a) Certificado literal de defunción del Registro Civil y partida de nacimiento del Asegurado.
- b) Informe detallado del médico que le haya asistido, indicando la naturaleza del accidente y causas que le produjeron la muerte.
- c) Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia y de toxicología, si se han practicado.
- d) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento o acta Notarial o Auto Judicial de Declaración de Herederos "ab Intestato".
- e) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- f) Los Beneficiarios deberán justificar su personalidad fehacientemente.
- g) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.





En caso de Incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o secuelas permanentes

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- c) Dictamen-propuesta de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social (U.M.V.I.), así como la resolución firme de los Organismos competentes de la Seguridad Social (INSS), los que los sustituyan o la sentencia firme dictada por la Jurisdicción Social, según proceda.
- d) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

En caso de Incapacidad temporal

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de baja y alta que determinen la incapacidad temporal, extendidas por la Seguridad Social.
- c) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.
- d) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

En caso de asistencia sanitaria

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de primera asistencia y/o ingreso hospitalario, según proceda.
- c) Facturas de los gastos incurridos.
- d) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de indemnización.
- e) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

Otros temas de su interés

Toma de efecto de las coberturas contratadas y periodos de carencia

Todas las coberturas, que en virtud de la póliza asume el Asegurador, serán otorgadas desde la fecha de inclusión de las mismas en el presente contrato, salvo aquellas que contengan alguna franquicia o período de carencia, en cuyo caso se estará a lo que se determine en dichas condiciones de la póliza. En cualquier caso, en cuanto al derecho a la indemnización, se estará a lo dispuesto en las presentes condiciones de la póliza, en el apartado "extensión del seguro", del presente contrato.

Revalorización de capitales

Adaptación de los capitales en riesgo a la renovación según el Convenio en vigor

Para todas aquellas pólizas que aseguran los capitales de riesgo recogidos en los Convenios colectivos estatutarios o extraestatutarios; de ámbito estatal, de empresa o ámbito inferior, de ámbito sectorial, nacionales, autonómico, provinciales o locales cuyo código se indica en la póliza, el Asegurador adaptará los capitales de riesgo, al que indique el Convenio aplicable al colectivo asegurado en el momento de la renovación.

Adaptación de los capitales en riesgo a la renovación según el Convenio de Empresa

El Tomador facilitará al Asegurador, en los 60 días antes de la renovación, las variaciones de capital asegurado o de garantías cubiertas de todos los Asegurados afectados, así como la fecha de la variación de capital asegurado o de las garantías.

El Asegurador expedirá cada recibo anual modificando la prima de acuerdo con el aumento convenido.

El pago por parte del Tomador de cada recibo anual, modificando según lo establecido en el apartado anterior, significará a todos los efectos la variación de los capitales asegurados en la misma proporción, **excepto en la cobertura de Asistencia Sanitaria, que sólo se modificará la prima teniendo en cuenta el incremento que anualmente experimenten los costes sanitarios y demás variables que inciden sobre los mismos.**

El Tomador podrá en cualquier momento solicitar la modificación de los capitales asegurados, así como renunciar a la revalorización automática de los mismos. En el primer supuesto, el Asegurador, previa aceptación, expedirá el oportuno suplemento de modificación.



Revalorización automática de la tasa de prima

El Asegurador podrá actualizar anualmente las tasas de prima en aplicación a lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y demás normas aplicables. Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnicos actuariales necesarios para determinar la incidencia en la prima de las modificaciones experimentados por el coste o la frecuencia de las prestaciones garantizadas por el seguro.

Obligaciones y facultades de las partes

Declaración del riesgo y concurrencia de seguros

El Tomador o el Asegurado deberán declarar al Asegurador antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario-Solicitud que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo e igualmente las coberturas y garantías que concurren en otros seguros que se refieran a la misma persona.

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

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

Agravación del riesgo

El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador durante el curso del contrato, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo hubieran celebrado o lo hubieran concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de **dos meses** a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de **quince días**, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, que dispone de un nuevo plazo de **quince días**, transcurridos los cuales y dentro de los **ocho días** siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador, igualmente, podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Disminución del riesgo

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador. No obstante, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá solicitar la resolución del contrato y la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Notificación del siniestro

En caso de siniestro, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicárselo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicho plazo, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Asimismo, el Tomador o el Asegurado deberán además, facilitar al Asegurador toda clase de informaciones y pruebas sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro.

Regularización de la prima del año y fijación de la prima de la anualidad siguiente

La prima cobrada al principio de cada anualidad de seguro tiene carácter de provisional, debiendo ser regularizada al finalizar el período anual de seguro en base al número de Asegurados que mensualmente figuren en las "Relaciones Nominales de Trabajadores TC2", así como a las obligaciones que en materia de seguros el Tomador ha contraído con los Asegurados y por las modificaciones totales o parciales que hayan afectado o puedan afectar al Convenio aplicable del

Seguro de Accidentes Colectivos

Nº Póliza 8639891



colectivo asegurado. Por tanto, al final de cada periodo anual de seguro, y en el plazo máximo de 60 días antes de la renovación, el Tomador está obligado a remitir al Asegurador los documentos relacionados a continuación.

Relación nominal de Asegurados en situación de alta en la Seguridad Social, contabilizados el último día de cada uno de los meses del periodo a regularizar. Asimismo, el Tomador deberá facilitar al Asegurador la relación nominal de trabajadores que han causado baja en la Empresa por agotamiento de los dieciocho meses de incapacidad temporal, pero siguen manteniendo la relación laboral en suspenso.

Copia del convenio, pacto o acuerdo que el Tomador hubiera establecido con los Asegurados en materia de seguros para el periodo anual consumido y para el periodo siguiente, a fin de fijar la prima provisional correspondiente al ejercicio posterior.

Si se produjera un accidente habiendo incumplido el Tomador las obligaciones previstas en los párrafos anteriores, o las declaraciones fueran inexactas, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima provisional y la que se hubiese aplicado de haberse conocido correctamente. No obstante, si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador, el Asegurador quedará liberado de pagar la prestación.

Aminorar las consecuencias del siniestro

El Tomador y el Asegurado están obligados a aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios que estén a su alcance. El incumplimiento de esta obligación con la intención de perjudicar o engañar al Asegurador liberará éste de pagar la prestación.

Proporcionar informes del siniestro al Asegurador

El Tomador, el Asegurado y, en su caso, el Beneficiario, están obligados a proporcionar al Asegurador cuantos datos e informes les solicite acerca del siniestro. Asimismo, el Asegurado y sus Beneficiarios deberán permitir cualquier reconocimiento o comprobación por parte de los médicos designados por el Asegurador, facilitándoles cuantos datos necesiten.

Normas de tipo general

Comunicaciones

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.

Las dirigidas al Asegurador por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiarios podrán hacerse directamente al domicilio social del mismo, a las Sucursales o a los Agentes de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado y Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, por lo cual es preciso comunicar cualquier cambio que se produzca al objeto de poder hacer llegar a su destino las futuras comunicaciones.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del Tomador.

Prescripción

Las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en el término de cinco años.

Subrogación

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la cobertura de asistencia sanitaria, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y a otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar el Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Tomador lo comunicará por escrito al Asegurador, quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Resolución del contrato

Tomador y Asegurador podrán de mutuo acuerdo, resolver el contrato después de cada comunicación de siniestro, haya o no dado lugar a pago de la prestación.



La resolución del contrato se sujetará a las siguientes normas:

- a) la parte que tome dicha decisión deberá notificársela a la otra, por carta certificada cursada dentro del plazo de treinta días, desde la fecha de comunicación del siniestro o de efectuada la prestación;
- b) **si la parte que recibe la notificación no se opone a la resolución en el plazo de quince días desde la recepción de la misma, el contrato quedará resuelto;**
- c) en cualquier caso, el Asegurador deberá reintegrar al Tomador del Seguro la parte de la prima correspondiente que medie entre la fecha de efecto de la resolución del contrato y la expiración del período del seguro cubierto por la prima satisfecha;
- d) la resolución del contrato, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación a los siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro y cuyo hecho causante se produzca durante el mismo período.

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos, legalmente repercutibles, que se deben pagar por razón del contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado, en su caso.

Estructura tarifaria según la edad y el sexo

La prima a satisfacer por el Tomador podrá variar en función de la edad actuarial, del sexo y de la provincia de residencia del Asegurado.

Se entenderá por edad actuarial lo definido en el Artículo 2 Definiciones, de estas Condiciones Generales. Cuando el Asegurado pase a una tabla de edad superior, se le aplicará automáticamente la prima que corresponda a dicha tabla.

Derechos de Terceros

- a) El derecho de terceros a beneficiarse del seguro, en su calidad de acreedores del Asegurado, se extenderá únicamente a las indemnizaciones que correspondan en base a las coberturas de fallecimiento o incapacidad permanente. A este fin, el Asegurado comunicará al Asegurador la existencia de tal derecho y la fecha de su vencimiento. El Asegurador, notificada dicha existencia, no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular de tal derecho. En caso de litigio entre éste y el Asegurado, el Asegurador depositará su importe en la forma acordada por los interesados; si no hubiera acuerdo, se realizará según lo previsto en los artículos 1.176 y siguientes del Código Civil. Si el Asegurador pagara la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberado de su obligación.
- b) La extinción del contrato de seguro no será oponible al acreedor hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción.

Dichos acreedores podrán pagar la prima impagada por el Tomador o por el Asegurado, aún cuando éstos se opusieran. A este efecto, el Asegurador deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el Asegurado.

Deber del Tomador de Informar a los Asegurados

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión de la póliza y durante la vigencia del contrato de seguro, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquéllos.

Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito ante el **Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas** de la Entidad Aseguradora, apartado de Correos 269, 28760 Tres Cantos, Madrid, quien resolverá siempre de forma motivada.
Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el **Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas** haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en Planes de Pensiones, conforme a lo previsto en la Legislación vigente.
- b) por Resolución Arbitral en los términos del artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la Ley de Arbitraje (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).





Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora 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.

Indemnización por Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España

Daños en 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, 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 asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor, y se produjese 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, aún estando amparada 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 disposiciones complementarias.

I. Resumen de normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- 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 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 tiempos 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 aseguradas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflicto 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 25/1964 de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, si 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 artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados 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 conforme el artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del asegurado

j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

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 la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no queden 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-oil, gas-oil, 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

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

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

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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 debe 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

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 máximo 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 estará disponible en la página <<web>> del Consorcio (www.consorcio.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones se requiera.

Seguro de Accidentes Colectivos
N° Póliza 8639891



Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, videos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios 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.

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.

Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador, sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada para su uso en la suscripción del presente contrato de seguro, así como para la celebración de las operaciones posteriores que se encuentren disponibles por vía electrónica.

En caso de disposición y uso de los sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada, ambas partes convienen la perfección del presente contrato o cualquier otra operación posterior disponible por esta vía. El proceso de firma electrónica reconocida y/o avanzada, podrá consistir en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos u otro tipo de elemento que permita la identificación del firmante, así como se llevará a cabo con la intervención de un Tercero de Confianza conforme a la normativa aplicable.

Para la correcta gestión del proceso de firma electrónica, el tomador que utilice estos medios de firma, autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora la puesta a disposición al Tercero de Confianza, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, con la única finalidad de posibilitar la generación y el envío de las claves identificativas necesaria para la ejecución de la firma electrónica, así como para el envío de la documentación objeto de firma y/o vinculada a la relación contractual.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones firmadas utilizando sistemas de firma electrónica equiparando su validez a todos los efectos a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita.

El tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y firma son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En caso de personas jurídicas, el firmante declara que cuenta con plenos poderes y capacidad de representación suficiente para poder contratar en nombre de la entidad tomadora. Así mismo declara que los datos facilitados a lo largo del proceso son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos. Por su parte la entidad tomadora informará a la Entidad Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la figura del representante legal para la correcta gestión de la póliza.

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador en su espacio privado de la Web Clientes, la documentación contractual en soporte duradero, sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar las condiciones contractuales en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora podrá dirigirse al tomador por medios de comunicación electrónicos tales como el correo electrónico, teléfono móvil, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato y al servicio regulado en el mismo, que podrán ser remitidas mediante un sistema de comunicaciones electrónicas certificadas con validez legal y plena eficacia jurídica, que contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable. Dichas comunicaciones se considerarán recibidas desde el momento de su recepción por el tomador y/o puesta a disposición por la Entidad Aseguradora por los medios descritos. Las comunicaciones o notificaciones realizadas por estos medios se podrán poner a disposición del tomador en soporte duradero a través de la Web Cliente.

El tomador se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas no comerciales respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.



En cualquier momento de la relación contractual y en virtud del derecho normativamente conferido, el tomador podrá solicitar la modificación de la técnica de comunicación a distancia inicialmente establecida, siempre que dicha modificación sea técnicamente posible para la Entidad Aseguradora.

¿Dónde tiene que firmar para aceptar las condiciones?

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros, dependiente del Ministerio de Economía, el organismo de control.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos para la contratación del seguro. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión, desarrollo y cumplimiento de la relación contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la contratación no podrá llevarse a cabo.

Sus datos serán tratados de forma confidencial tanto por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza.

El Tomador/Asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing- CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes telfs.: 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Conforme al artículo 25 del RD Legislativo 6/2004 se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

AXA le informa que sus datos podrán ser utilizados para llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar el riesgo y posible fraude en el momento precontractual y/o contractual de la póliza. Asimismo, le informamos que podremos acceder a ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito para evaluar su solvencia.

El Tomador/Asegurado debe escribir (*) NO en el apartado correspondiente al que no quiera prestar el consentimiento. En el apartado que no ponga nada en la línea de puntos, el interesado está prestando el consentimiento de forma libre, expresa e inequívoca para el tratamiento y/o cesión de datos correspondiente. Asimismo, el interesado puede marcar con una X el medio de comunicación por el que no desea recibir información ofertada.

- (*).....Consiento que mis datos sean tratados por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para realizar estudios de mercado y obtener perfiles comerciales que permitan conocer cuáles pueden ser mis intereses u orientación de compra o de uso de los productos que comercializa el titular del fichero

- (*).....Consiento que mis datos sean tratados por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA PENSIONES, S.A. ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a BIDEPENSION EPSV, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a WINTERTHUR EPSV, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

Seguro de Accidentes Colectivos

Nº Póliza 8639891



- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA LIFE EUROPE LIMITED, Sucursal en España, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de correo postal, correo electrónico o comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

Las entidades para las que se está solicitando el consentimiento para la cesión tienen todas ellas la siguiente dirección: Camino Fuente de la Mora, 1, 28050 Madrid, a la que usted podrá dirigirse para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición o bien a través de cualquiera de los siguientes tels.: 901 900 009 ó 93 366 93 51.

El Tomador declara haber recibido con anterioridad a la formalización del presente contrato, la información a que se refiere el artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

En prueba de conformidad y autorización: Madrid a 30/10/2015

AXA Seguros S.A. de Seguros y Reaseguros

El Tomador
FERIA MUESTRARIO INTERNACIONAL DE VALEN

Seguro de Accidentes Colectivos
N° Póliza 8639891



ne
je

ne
je

te

ENC



Accidentes Convenios



00-ALLER0020151031.0010.20151031_0113_TALLER_ACC_COLECTIFLEXIBLEA



Grupo AXA
AXA Seguros Generales,
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Calle Monseñor Palmer, 1
07014 Palma de Maiorca (Illes Balears)
Teléfono: 902 40 40 84
www.axa.es



ADOP
Patrocinador
del Equipo
Paralímpico
Español

