Condiciones Generales y Especiales ACC-RBASE-18-1

Seguro Respaldo Base



MAPFRE

ÍNDICE

Contenido de las Condiciones Generales y Especiales

I. PRESTACIONES GARANTIZADAS 5

Artículo 1.- Preliminar 5

Artículo 2.- Objeto del seguro 5

Artículo 3.- Garantías y prestaciones 5

1.- Fallecimiento accidental 5

2.- Incapacidad permanente absoluta 6

Artículo 4.- Perfección, toma de efecto y duración del contrato 7

Artículo 5.- Ámbito territorial 8

Artículo 6.- Actuación en caso de siniestro 8

II. NORMAS DE TIPO GENERAL 9

Artículo 7.- Declaraciones del Tomador y Asegurado 9

Artículo 8.- Importe y pago de la prima y efecto de su impago 10

Artículo 9.- Comunicaciones 12

Artículo 10.- Jurisdicción. Instancias y pasos a seguir en caso de reclamación 12

III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS 14

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas 14

IV. DEFINICIONES 17

I. PRESTACIONES GARANTIZADAS

Artículo 1.- Preliminar

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en:

- **Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 octubre de 1980).**

- **Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**

- **Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**

Y demás normas y disposiciones legales promulgadas que puedan afectar al contrato de seguro, por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y, en su caso, sus correspondientes Anexos y Suplementos a dicho contrato.

MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de la actividad.

Artículo 2.- Objeto del seguro

Por el presente Contrato, el Asegurador se obliga a pagar a los Beneficiarios designados, las prestaciones garantizadas en la póliza.

Artículo 3.- Garantías y prestaciones

Estarán aseguradas las garantías, de entre las incluidas en este artículo, a las que se haya asignado la correspondiente suma asegurada en las Condiciones Particulares.

1. Fallecimiento accidental

Si como consecuencia de un accidente se produjera la muerte del Asegurado, la Entidad Aseguradora pagará al Beneficiario la suma establecida al efecto.

Si al fallecer el Asegurado no hubiese beneficiario designado, ni reglas para su determinación, la suma asegurada formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

2. Incapacidad permanente absoluta

En caso de quedar el Asegurado incapacitado de forma absoluta y permanente para todo trabajo a consecuencia de un accidente, el Asegurador abonará al Asegurado la prestación garantizada a tal efecto, cuya cuantía se especifica en Condiciones Particulares.

Se entiende por INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, la situación física irreversible determinante de la total ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Se pagará la suma asegurada al ser reconocido como definitivo, dentro de los dos años a contar desde la fecha del accidente cubierto por la póliza, el tipo de incapacidad consignado en las Condiciones Particulares de la póliza o cualquier otro de grado superior.

RIESGOS ASEGURADOS

Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante las veinticuatro horas del día.

El pago de cualquiera de las prestaciones garantizadas extinguirá el contrato, cesando las coberturas del resto de garantías contratadas.

La cobertura de los riesgos extraordinarios, excluidos de esta póliza con carácter general, es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa. Se incluye un resumen de la misma en estas Condiciones Generales.

RIESGOS EXCLUIDOS

Salvo que expresamente se pacte lo contrario en Condiciones Particulares, quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los siguientes supuestos:

- **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado.**
- **Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.**
- **Los producidos a consecuencia de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, sedición, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, terrorismo, motín, tumulto o conmoción civil.**
- **Los relacionados directa o indirectamente con el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.**
- **Inundaciones que tengan el carácter de extraordinarias o catastróficas, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados de catastróficos por la autoridad competente.**
- **Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**

- **La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, caza, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.**
- **La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.**
- **Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza.**
- **Participación activa del asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- **Accidentes sufridos estando embriagado o bajo el efecto de drogas, tóxicos o estupefacientes. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior al límite permitido por la legislación sobre Tráfico y Circulación vigente en el momento del accidente.**
- **Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza; así como las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), infartos, episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente.**
- **Los siniestros que, de acuerdo con la regulación sobre riesgos extraordinarios, tengan tal consideración, con independencia de que puedan no ser objeto de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros en virtud de la normativa que le sea aplicable. La cobertura de estos riesgos extraordinarios es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa; se incluye un resumen de la misma al final de estas Condiciones Generales.**

Artículo 4.- Perfección, toma de efecto y duración del contrato

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, mediante el consentimiento de las partes y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, el Asegurador haya cobrado la prima.

   En caso de que el pago de dicha prima se realizara con posterioridad al efecto, la perfección y toma de efecto del contrato tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día de pago.

2. **Será nulo el contrato si en el momento de su entrada en vigor no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.**

3. La cobertura finaliza en la fecha y forma establecidas en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales.

Artículo 5.- Ámbito territorial

Las coberturas de la póliza son de aplicación, salvo pacto o estipulación en contrario, en cualquier lugar del mundo. **Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en Euros.**

Artículo 6.- Actuación en caso de siniestro

La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Entidad Aseguradora lo antes posible y **como máximo dentro de los siete días siguientes de haberlo conocido,** salvo que en la póliza se hubiera pactado un plazo más amplio.

La notificación puede ser realizada telefónicamente, utilizando el Centro de Servicios de la Entidad Aseguradora, pero **deberá ser ratificada por escrito cuando ésta lo considere necesario** para la más correcta tramitación del siniestro.

El Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Entidad Aseguradora cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.**
- Autorizar a facultativos y profesionales, **por escrito si fuera necesario,** para que faciliten a la Entidad Aseguradora cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al **reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Entidad Aseguradora,** así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

GESTIÓN DE DOCUMENTOS

La Entidad Aseguradora informará al interesado de los documentos que resulten necesarios para obtener las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías contratadas en la póliza, y reembolsará al Asegurado los gastos que de ello se deriven hasta un máximo de 155 Euros (incluido el coste de la tramitación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, con excepción del pago del propio impuesto).

El exceso de gastos que pudiera producirse, respecto al citado límite, **podrá ser pagado con cargo a la garantía afectada y en concepto de anticipo de indemnización.**

II. NORMAS DE TIPO GENERAL

Artículo 7.- Declaraciones del Tomador y Asegurado

La presente póliza se concierta en base a los datos facilitados por el Tomador del Seguro, declaraciones sobre la salud y profesión del Asegurado, y datos contenidos en los cuestionarios presentados por el Asegurador, suscritos conjuntamente por el Tomador y el Asegurado, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

Si el Tomador y/o el Asegurado han actuado con dolo o culpa grave en la cumplimentación de las declaraciones, de tal forma que influyan en la apreciación del riesgo, el Asegurador podrá impugnar la validez de la póliza, quedando los beneficiarios sin derecho a indemnización.

Si el contenido de la Póliza difiere de los datos reflejados en el cuestionario, en la solicitud o en la proposición de seguro, o respecto a las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

La variación de las circunstancias declaradas debe serle comunicada a la Aseguradora cuando determine una agravación de las mismas. Tiene la condición de circunstancia agravante **el cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aunque fuera temporal, que signifique una mayor posibilidad de accidentes respecto a la situación declarada.** No tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.

La Entidad Aseguradora, una vez conocida la agravación y si aceptase la continuación del contrato, propondrá al Tomador las nuevas condiciones de la Póliza. **Ambas partes tienen derecho a rescindir la Póliza si no aceptasen la nueva situación,** en cuyo caso el Tomador tiene derecho a que le sea devuelta la prima proporcional correspondiente al período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.

Si el Tomador del seguro incurriera en reserva o inexactitud en sus declaraciones sobre circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

a) Si la Aseguradora tiene conocimiento de la reserva o inexactitud antes de producirse el siniestro, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá al Tomador, salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte, la prima proporcional del período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la Póliza.

b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la indemnización.

Artículo 8.- Importe y pago de la prima y efecto de su impago

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. En ausencia de pacto, respecto al lugar de pago, la Entidad Aseguradora presentará los recibos en el último domicilio que el Tomador del seguro le haya notificado.

NORMA GENERAL

- **Prima inicial**

  La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.

  Si por culpa del Tomador del seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

  Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

- **Primas sucesivas**

  Para caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico actuariales, tenga establecidas en cada momento la Entidad Aseguradora, teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.

La Entidad Aseguradora, con sesenta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, notificará al Tomador del seguro las primas aplicables para cada nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente (en el domicilio de dicho Tomador o en el determinado en la póliza), comunicándole la fecha de presentación al cobro. Si la tarifa fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto a la aplicada en el período

precedente, el Tomador, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa a la Entidad Aseguradora, mediante carta certificada, telegrama o telefax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del período en curso.

En este caso si, por hallarse domiciliado el pago de la prima en una entidad bancaria, el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, la Entidad Aseguradora le reintegrará su importe.

La falta de pago de una de las primas siguientes dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Entidad Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.

Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago pendiente de la prima, dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.

Si el Tomador del seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Entidad Aseguradora puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Entidad Aseguradora por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, en caso de siniestro, la Entidad Aseguradora podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro. Si se produjera la pérdida total de los bienes asegurados, se deducirá también el importe de las fracciones de prima no vencidas correspondientes a la anualidad del seguro en curso, sin perjuicio de lo dispuesto a tal efecto en la Ley y en este contrato.

Artículo 9.- Comunicaciones

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

   En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

   Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

Artículo 10. Jurisdicción. Instancias y pasos a seguir en caso de reclamación

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España.

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de Correos 281- 28222 Majadahonda, Madrid), por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com) o a través del teléfono 900205009, de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página Web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

Así mismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es).

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
g) Los causados por mala fe del Asegurado.
h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

   - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
   - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

IV. DEFINICIONES

A los efectos de esta póliza, se entenderá, con carácter general, por:

ASEGURADOR: MAPFRE VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana, denominada «la Entidad Aseguradora» en estas condiciones generales.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

ASEGURADO: Cada persona incluida en la póliza con derecho a percibir las prestaciones del seguro.

BENEFICIARIO: Persona o personas a quien el Tomador del Seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización derivada de este contrato.

SUMA ASEGURADA: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de la indemnización por cada siniestro.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. **El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.**

CONCEPTO DE ACCIDENTES

Como «accidente» ha de entenderse la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.



24 horas a su servicio

Teléfono de información: 902 811 899

Y desde el extranjero: (+34) 91 581 18 28

mapfre.es

MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana - Domicilio Social: Ctra. Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda (Madrid) - ESPAÑA
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50 - C.I.F. A-28229599

S105236-ACC-RBASE-18-1 - xxxx Uds. 06-18