



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Real Federación Aeronáutica Española

Forte España Suscripción, S.L. Agencia de Suscripción de FORTE Asigurari y Reasigurari, S.A.

Autorización Administrativa DGS AS-76 CIF: B-87147799 C/ Princesa, 22 – 1ª planta 28008 Madrid. Tel. 915422319 www.fortesuscripcion.es

FORTE ASIGURĂRI REASIGURĂRI S.A. România, B-dul Lascăr Catargiu nr. 48, sector 1, București, Código Postal: 010701 Tel: +4(0)21 230 5602, +4(0)021.312.52.42;
Fax: +4(0)21.318.33.56; e-mail: office@forteiasig.com; CUI: 8209593; Nr. Registro de Comercio: J40/1814/1996; Nr. Registro Aseguradores RA-014; Autorizada por
la Comisión de Supervisión de Seguros (ASF) en Rumania; Autorizada a operar en España en L.P.S. el 05.05.2014; N° de inscripción L0925;

Cod.NIF: N0661619G



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



CONDICIONES PARTICULARES - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Número de Póliza	Expedido por DIRECCIÓN GENERAL Corredor de Seguros (Código)
140013012	RASHER ASESORAMIENTO SL (Código: SP01)

Tomador del seguro / CIF
REAL FEDERACIÓN AERONÁUTICA ESPAÑOLA / Q2878001C
Asegurado
Federados que se encuentren con su licencia en vigor (2476 FEDERADOS INICIALES). Se deberá acreditar relación nominal
Beneficiario
Los herederos legales del Asegurado o los designados por la Persona Asegurada
Domicilio
C/ Arlaban nº 7 – Oficinas 38 - 39 – 28014 Madrid

Coberturas (Seguro Obligatorio Deportivo – R.D. 849/93 de 4 de junio):	Sumas Aseguradas
Fallecimiento por accidente deportivo:	6.015,00€
Invalidez permanente absoluta (baremo) como consecuencia de accidente deportivo:	12.025,00€
Asistencia sanitaria en centros concertados como consecuencia de accidente deportivo:	Ilimitada

PERIODO DE COBERTURA

Desde las 00 horas del día 01/01/2016	Hasta las 24 horas del 31/12/2016
---------------------------------------	-----------------------------------

DURACIÓN

Anual Prorrogable

REGULARIZACIÓN

Período de Regularización Trimestral mediante licencias federativas en vigor, según relación nominal de asegurados facilitada por la Federación Deportiva.

PAGO DE PRIMAS

Forma de pago: ANUAL

Categoría - Actividad	Prima Neta por Asegurado	Consortio	Impuestos	Prima Total por Asegurado
TIERRA	4,34€	0,06€	0,27€	4,67€
JUECES Y TÉCNICOS	4,34€	0,06€	0,27€	4,67€
AIRE	80,00€	0,06€	4,92€	84,98€
BIPLAZA	160,00€	0,06€	9,84€	169,90€

ACTIVIDAD

Real Federación Aeronáutica Española y Federaciones Autonómicas integradas, estando el federado legalmente habilitado par su ejercicio, y en cumplimiento de los requisitos que para el ejercicio de esta actividad se exigen en cada momento.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



RIESGO ASEGURADO

El presente seguro cubre los accidentes ocurridos con motivo de la práctica oficial de los Deportes recogidos en el Apartado de Actividad y cuyo Tomador del Seguro ha suscrito la presente póliza en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio. En tal sentido se da cobertura a las lesiones derivadas de Accidente Deportivo, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado durante la práctica deportiva.

AMBITO TERRITORIAL Y JURISDICCIONAL

Según lo establecido en el RD 849/1993 - Territorio Nacional (España)

COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

Se procederá de la forma establecida en el documento "Protocolo de Actuación para los Federados en caso de Accidente Deportivo".

ACCIDENTES EXLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura del contrato los siguientes riesgos:

1. Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas. Se entiende por preexistentes aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el asegurado contratado. Se excluyen expresamente aquellas enfermedades que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.
2. Las lesiones corporales derivadas de un accidente cubierto por la póliza que no se hubiera manifestado ni estuviera acreditado dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.
3. Las consecuencias que sufra el asegurado a causa de enfermedades, afecciones y estados morbosos, así como de operaciones quirúrgicas y de tratamientos médicos o terapéuticos, con independencia de su naturaleza. Asimismo, quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurisma, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado.
4. Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.
5. Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado de la póliza, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones y aquéllos que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
6. Los accidentes provocados por los Beneficiarios. Los no intervinientes conservarán íntegro su derecho a la totalidad del capital asegurado.
7. Los accidentes sobrevenidos en actos dolosos, criminales o notoriamente peligrosos cometidos por el Asegurado, salvo que los realice en su legítima defensa o para salvamento propio o de otras personas.
8. Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, de embriaguez, bajo los efectos de las drogas y estupefacientes, sonambulismos, perturbación mental y los debidos a negligencia grave del Asegurado. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando en el grado de alcohol en la sangre se detecte cualquier nivel de embriaguez positivo de acuerdo con lo establecido por la legislación vigente, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
9. Las consecuencias de cualquier naturaleza derivadas de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radioactiva, sea cual fuere su origen.
10. Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción. Así como los accidentes producidos con motivo de desplazamientos conduciendo vehículo privado.
11. Los accidentes acaecidos con ocasión de actos de guerra, conflictos armados, revolución, sedición, terrorismo, fuerza militar, motín o tumulto popular y otras alteraciones del orden público y social, así como los debidos a erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, huracanes, trombas e inundaciones, con independencia de la cobertura que, a través de este Contrato, debe asumir el Consorcio de Compensación de Seguros.
12. Las consecuencias de los actos médicos o quirúrgicos, a los cuales se someta voluntariamente el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tales como los tratamientos de tipo puramente estético.
13. Las enfermedades y secuelas neurológicas que no estén comprobadas diagnósticamente y que sean como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
14. Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



15. La utilización de helicópteros y aviones de un solo motor, tanto si son de uso particular como destinados al transporte público, salvo cuando dicha utilización esté motivada por el traslado urgente del Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidentes graves.

16. Los accidentes sufridos como consecuencia de viajes aéreos ocurridos al Asegurado cuando viaje:

. Aeronaves propiedad particular.

. En calidad de miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronaves. . Aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros.

17. La participación en lidias o tentaderos y encierros de reses bravas.

18. Los accidentes que no cumplan las condiciones establecidas en el artículo Delimitaciones del ámbito de la prestación o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.

19. Los producidos por derivación de una enfermedad, anomalía orgánicas previa al accidentes, incompatible o no con la práctica de su deporte.

20. Los que sean consecuencia de la imprudencia o negligencia por inobservancia de las Leyes, Ordenanzas y Reglamentos Deportivos.

21. Los que se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo e intervención económica de las Federaciones.

22. Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado. No obstante, podrá ser atendido de dichas recaídas, dentro de los cinco años siguientes al accidente deportivo cubierto por esta póliza y el lesionado sigue manteniendo su condición de asegurado.

23. Cuando en el transcurso del tratamiento médico, el diagnóstico inicial que dio origen a la prestación médico asistencia, sea modificado sustancialmente, siendo necesarias pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte, para valorar de nuevo la etiología de la dolencia.

24. Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.

25. Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte sino con actividades profesionales paralelas.

26. Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

27. Cualquier tipo de rehabilitación excepto las contenidas dentro de la garantía de Asistencia Médico-Quirúrgica Sanatorial.

En caso de no figurar en esta relación se estará a lo dispuesto en el apartado de Riesgos Excluidos del Condicionado General de Accidentes.

Enfermedades y lesiones preexistentes: En caso de agravación directa o indirecta de las lesiones y secuelas producidas por un accidente cubierto por la póliza, debido a la existencia de enfermedades o secuelas físicas anteriores a la ocurrencia del siniestro, la Compañía solo responderá, en cuanto a duración y consecuencias, de las que habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Igual consideración tendrá la agravación motivada por una falta comprobada de cuidados, la aplicación de un tratamiento empírico o a la inobservancia de las prescripciones facultativas.

DERECHO DE REEMBOLSO

En el supuesto que un deportista accidentado, en cuyo accidente concurren las circunstancias de exclusión, fuera atendido por los servicios médicos concertados de la Compañía Aseguradora, ésta cargará los gastos producidos, tan pronto como se detecten las irregularidades al lesionado.

REQUISITOS DE LA PRESTACIÓN

Para que el deportista accidentado pueda ser atendido por los servicios médicos del Asegurador, es necesario que éste presente el "Parte de Accidente Deportivo" cumplimentado en su totalidad, responsabilizándose de los gastos a que hubiera lugar, caso de no tener derecho a su asistencia con cargo a este seguro.

ASISTENCIA SANITARIA

La presente póliza se rige por lo dispuesto en el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas a cubrir por el Seguro Obligatorio para Deportistas Federados.

Prestaciones mínimas a cubrir por el seguro obligatorio para deportistas federados:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente.

2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de dieciocho meses desde la



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



fecha del accidente.

3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente.
4. Los gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciocho meses desde la fecha del accidente.
5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.
6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo, para los grandes inválidos (tetraplejía), de 20.000,00 euros.
7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe no inferior a 9.000,00 euros. Para los menores de 14 años, la indemnización será en concepto de gastos de sepelio por 2.255,00 euros.
8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.875,00 euros.
9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe mínimo del 70 por 100 del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.
10. Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 600,00 euros como mínimo.
11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.
12. Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional.
13. Libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

1. Todo el material prescrito en servicios ajenos a Forte.
2. El material ortopédico prescrito para prevención de accidentes.
3. El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, callos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
4. Los gastos derivados de la rehabilitación, en los siguientes casos:
Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza. Los masajes relajantes y antiestrés.
Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
Los gastos por enfermedades crónicas, músculo, tendinosas, reumáticas y degenerativas. La potenciación muscular.
Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio y en piscina.
5. Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descartes.
6. Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
7. Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
8. Los gastos de farmacia ambulatoria.
9. Los gastos de odonto-estomatología. No obstante, el Asegurador siempre y cuando derivado de un accidente deportivo se produjese una pérdida total o parcial de piezas dentarias que precisen restauración y a la vista del comunicado del accidente y diagnóstico recogido en el impreso, autorizará previa petición del lesionado, la visita al odontólogo o máxilofacial y podrá conceder una ayuda única y graciable que no podrá exceder de la cantidad de 600,00 euros. Para realizar este pago será imprescindible presentar el original de la factura con el sello de pagado o recibí.
10. Traslados salvo los contemplados en el Real Decreto, apartado 11, y siempre con un sublímite de 6.000,00 euros para los gastos derivados de búsqueda, rescate y repatriación.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



MENCIONES ESPECIALES

El Tomador y/o Asegurado declaran bajo pérdida del derecho a indemnización que no ha sufrido ninguna reclamación en los últimos cinco años ni tiene conocimiento de algún hecho que pueda dar lugar a reclamación alguna a la fecha de expedición de la presente póliza.

El Tomador del Seguro o el Asegurado declara recibir junto con este documento las condiciones Generales y especiales del Seguro de la Póliza y que acepta el contenido de las mismas y de las cláusulas limitativas que, en ellas, se contemplan. El presente contrato se perfecciona con el pago de la prima, según lo dispuesto en el art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

Igualmente reconoce de forma expresa haber recibido del Asegurador, por escrito y en la fecha de firma del cuestionario de Seguro, con anterioridad a la suscripción del contrato de Seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, todo ello de conformidad con lo dispuesto en los artículos 104, 106 y 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Los datos personales del tomador/asegurado facilitados se incorporarán a un fichero titularidad de Forte Asigurari y Reasigurari, quien otorga la autorización para contratar ('binding authority') y que los tratará al objeto de la suscripción, celebración y gestión de contratos de seguro y, en especial, para la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de prestaciones.

Forte España Suscripción, S.L., actuando en su condición de agencia de suscripción, tratará los datos relativos al tomador/asegurado por cuenta del Asegurador.

La vigencia de ésta póliza está condicionada al pago de la prima, que se acreditará con el recibo correspondiente.

IGUALMENTE, SE HACE CONSTAR LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO DE DEVOLVER DEBIDAMENTE FIRMADO un ejemplar del contrato, para su completa formalización.

Emitida en Madrid, el 30/12/2015, en 3 (tres) ejemplares originales: Uno para el Tomador, uno para el Asegurado y uno para la Compañía.

EL TOMADOR DE SEGURO

POR LA COMPAÑÍA

FORTE España Suscripción, Agencia de Suscripción
en nombre de FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A

Forte España Suscripción, S.L. Agencia de Suscripción de FORTE Asigurari y Reasigurari, S.A.

Autorización Administrativa DGS AS-76 CIF: B-87147799 C/ Princesa, 22 – 1ª planta 28008 Madrid. Tel. 915422319 www.fortesuscripcion.es

FORTE ASIGURĂRI REASIGURĂRI S.A. România, B-dul Lascăr Catargiu nr. 48, sector 1, București, Código Postal: 010701 Tel: +4(0)21 230 5602, +4(0)21.312.52.42; Fax: +4(0)21.318.33.56; e-mail: office@forteasig.com; CUI: 8209593; Nr. Registro de Comercio: J40/1814/1996; Nr. Registro Aseguradores RA-014; Autorizada por la Comisión de Supervisión de Seguros (ASF) en Rumania; Autorizada a operar en España en L.P.S. el 05.05.2014; Nº de inscripción L0925; Cod.NIF: N0661619G



CONDICIONES GENERALES – SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se haya ubicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley De Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Asegurado, así como, en su caso, la proposición del Asegurador, constituyen, en unión de esta Póliza, un todo unitario, fundamento del seguro, cuya cobertura cubre exclusivamente, y dentro de los límites pactados, los riesgos en aquella especificados.

En atención a lo previsto en el artículo 8 de la ley 50/1980 de contrato de seguro, se hace constar que si el contenido de la Póliza difiere del de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, podrá dirigirse al Asegurador al objeto de que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CLAUSULAS

Capítulo 1. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza. Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

- a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir, por error o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos, siempre que no se trate de productos alimenticios o medicamentos prescritos por el médico.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado, y siempre que quede fehacientemente demostrada la relación causa-efecto.
- c) Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- d) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza, o si sobreviene un accidente, según la definición del apartado Definiciones, por culpa, negligencia o dolo del facultativo que las practica o prescribe o de sus ayudantes, y siempre que la responsabilidad civil o penal sea fijada por sentencia firme.
- e) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos para el salvamento de personas o bienes.
- f) En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas. No obstante, los gastos de asistencia sanitaria en el extranjero se limitan a la cantidad de 6.000 (seis mil) euros.

Si el Asegurado traslada su residencia al extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

1.1. DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

- **Asegurador o Compañía:** FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A., domiciliada en Rumanía, una entidad legalmente autorizada por las Leyes de Rumanía para ejercer tal actividad aseguradora, de acuerdo con la normativa propia adaptada a las vigentes Directivas Comunitarias, que ejerce en España su actividad aseguradora en Régimen de Libre Prestación de Servicios con la clave L-0925, conforme al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. La Compañía es la entidad emisora de esta póliza que, mediante el cobro de una prima, asume la cobertura de los riesgos objeto del contrato de seguro con arreglo a las condiciones establecidas en el mismo.
- **Coaseguradores:** los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



- **Tomador del Seguro:** la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

- **Beneficiario:** en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada. Si no hubiera designación expresa, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán, por orden:

1º Cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida, del Asegurado.

2º Hijos del Asegurado.

3º Padres del Asegurado.

4º Herederos legales del Asegurado.

En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

- **Póliza:** el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales; las Particulares que individualizan el riesgo; las Especiales, si procedieran; los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, y la Solicitud Cuestionario que sirvió de base para la emisión del seguro.

- **Prima:** el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. El precio se fija teniendo en cuenta las condiciones de la póliza, con todas sus coberturas, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo declarado por el Tomador del Seguro.

- **Franquicia deducible:** es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una Indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.

- **Carencia:** el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

- **Sublímites:** en el caso de que en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de la póliza se establezca algún sublímite, éste se entenderá que es parte integrante del límite de indemnización y no adicional al mismo.

- **Accidente:** lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. En ningún caso se considerará accidente:

- El infarto de miocardio, la apoplejía o accidente cerebrovascular, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

- Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas calificadas como tales por la Seguridad Social, lumbagos, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbo (vahidos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

- **Accidente de circulación:** se entiende como tal el accidente que sobreviene al Asegurado en su calidad de:

- Peatón en vía pública, causado por un vehículo a motor.

- Conductor o pasajero de un vehículo a motor terrestre.

- Usuario de transportes públicos terrestres o marítimos, cuando no sean pertenecientes al personal de explotación de los mismos.

- **Accidente laboral:** toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo u ocupación profesional habitual que ejecute por cuenta propia o ajena.

- **Accidente no laboral:** toda lesión corporal que el Asegurado sufra en su vida privada y particular quedando, por tanto, excluidos los accidentes laborales y el riesgo in-itinere.

- **Riesgo "in itinere":** el traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

- **Grupo asegurable:** conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta al propósito de asegurarse.

- **Siniestro:** todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

- **Fecha del siniestro:** aquella en que se produce el riesgo previsto y garantizado en póliza que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

- **Centro Hospitalario:** establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran Centros Hospitalarios: Los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.



- **Suma Asegurada:** el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro. Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.
- **Límite por periodo de seguro:** importe máximo de las prestaciones por todos los siniestros ocurridos durante el periodo convenido de seguro. Éste no podrá exceder de la suma asegurada fijada en las Condiciones Particulares.
- **Límite por siniestro:** el límite máximo de indemnización a cargo de FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A. por cada siniestro. Aún cuando, como consecuencia de un mismo hecho resultasen afectadas diversas garantías de la póliza, no podrá exceder de la suma asegurada reflejada en las Condiciones Particulares.
- **Hora de Inicio y Fin de las coberturas:** la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

Capítulo 2. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales, con las limitaciones asimismo indicadas en las mismas.

Capítulo 3. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

Por el presente contrato, y dentro de los límites, términos y condiciones en él estipuladas, el Asegurador se obliga a satisfacer al Beneficiario las indemnizaciones que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza en caso de accidente sufrido por el Asegurado, tanto en el ejercicio de su actividad profesional como en los actos de su vida particular.

En ningún caso el Asegurador abonará indemnización alguna, por accidentes producidos con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza.

3.1. MUERTE POR ACCIDENTE

3.1.1. Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios, que estarán designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del Asegurado.

3.1.2. Cuando la edad del asegurado sea inferior a 14 años, la prestación se entiende sustituida por una indemnización en concepto de Gastos de Sepelio, por el importe señalado en póliza para caso de Muerte y con un máximo de 6.000 (seis mil) euros.

3.1.3. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

3.2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

3.2.1. Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

3.2.2. El grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

3.2.3. A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante.

3.2.4. El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

3.2.5. Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

Cuando como consecuencia de las lesiones derivadas de un accidente cubierto por la Póliza, haya de soportar el Asegurado secuelas calificadas de Invalidez Permanente comprobada y fijada en el término de un año desde la ocurrencia del accidente, el Asegurador satisfará la indemnización que corresponda de acuerdo con el siguiente baremo, en el que las cifras porcentuales están referidas al capital garantizado para esta cobertura en las Condiciones Particulares:

3.2.5.1. Incapacidad Permanente

Incapacidad Permanente Absoluta	100%
---------------------------------	------

3.2.5.2. El porcentaje del capital asegurado, respecto de la Pérdida o Pérdida de uso de un ojo/s y/o miembros, será el siguiente:

Pérdida de los dos brazos y de las dos manos	100%
Pérdida completa de la visión de los dos ojos Sordera traumática completa de los dos oídos	100%
Mudez absoluta	50%
Pérdida de un brazo y de una pierna	100%
Pérdida de un brazo y un pie	100%
Pérdida de una mano y una pierna	100%
Pérdida de las dos piernas	100%



Pérdida de los dos pies	100%
Pérdida de los dos brazos y de las dos manos	100%

3.2.5.3. Incapacidad Parcial Permanente

El capital asegurado respecto de Incapacidad Permanente Total será de aplicación igualmente para calcular la indemnización correspondiente a Invalidez Permanente Parcial respecto de Cabeza, Miembros Superiores e Inferiores según los siguientes porcentajes.

3.2.5.3.1. Cabeza

Pérdida de la sustancia del cráneo en todo su espesor	50%
Superficie de 6 cm como mínimo	40%
Superficie de 3 a 6 cm	20%
Superficie inferior a 3 cm	10%
Pérdida parcial de los dientes inferiores, totalmente o por la mitad del hueso maxilar.	40%
Pérdida de un ojo	30%

3.2.5.3.2. Columna Vertebral

Paraplejia	100%
Cuadroplejia	100%
Limitación de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones Neurológicas ni deformaciones graves de columna : 3% por vértebra afectada	Con un máximo del 20%
Síndrome de Barré-Lieou	10%

3.2.5.3.3. Tórax, abdomen y aparato genito-urinario

Pérdidas de un pulmón o reducción al 50% de la capacidad pulmonar	20%
Hernia diafragmática	10%
Nefrectomía	10%
Esplenectomía	5%
Ano contra natura	20%

3.2.5.3.4. Aparato Genital

Pérdida funcional de un testículo	6%
Pérdida funcional de los dos testículos	24%
Pérdida anatómica de un testículo	14%
Pérdida anatómica de los dos testículos	36%
Pérdida parcial del pene en la medida que afecte a la micción	14 al 27%
Pérdida total del pene	38%
Pérdida anatómica de un testículo	16%
Pérdida anatómica de los dos testículos	38%
Pérdida de una mama en la mujer Pérdida de dos mamas en la mujer	14%
Pérdida de otras glándulas y su funcionalidad total:	31%
Salivares	
Tiroides	13%
Paratiroides Pancreática	14%
Pérdida de bazo	14%
Pérdida de un riñón	25%
Pérdida funcional de un testículo	14%
Pérdida funcional de los dos testículos	24%

3.2.5.3.5. Miembros Superiores

Amputación de cuatro dedos, excepto el pulgar	40%	35%
Amputación del dedo corazón	10%	5%
Amputación de un dedo distinto del dedo pulgar, del dedo índice y del dedo corazón	7%	3%



3.2.5.3.6. Miembros Inferiores

Amputación del muslo (de la mitad para arriba)	60%
Amputación del muslo (de la mitad para abajo) y de la pierna	50%
Pérdida total de un pie (desarticulación tibio-tarsiana)	45%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación superior del hueso del tobillo)	40%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación medio-tarsiana)	35%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación tarso-metatarsiana)	30%
Parálisis total del miembro inferior (lesión incurable del nervio)	60%
Parálisis completa del ciático popliteo externo Parálisis	30%
completa del ciático popliteo interno	20%
Parálisis completa de dos nervios (popliteo externo e interno)	40%
Anquilosis de la cadera	20%
Anquilosis de la rodilla	20%
Pérdida de la sustancia ósea del muslo o de dos huesos de la pierna (situación incurable)	60%
Pérdida de la sustancia ósea de la rodilla con separación considerable de fragmentos y considerable dificultad de estiramiento de la pierna	40%
Pérdida de la sustancia ósea de la rodilla preservando la capacidad de movimiento	20%
Acortamiento de un miembro inferior, de 5 cm por lo menos	30%
Acortamiento de un miembro inferior, de 3 a 5 cm	20%
Acortamiento de 1 a 3 cm	10%
Amputación total de los dedos del pie	25%
Amputación de los cuatro dedos del pie, incluyendo el gordo	20%
Amputación de cuatro dedos del pie	10%
Amputación del dedo gordo del pie	10%
Amputación total de los dedos del pie	5%

	Derecho	Izquierdo
Pérdida de un brazo o una mano	60%	50%
Pérdida de la sustancia ósea de un brazo (lesión incurable y definitiva)	50%	40%
Parálisis total del miembro superior (lesión incurable de los nervios)	65%	55%
Parálisis total del nervio circunflejo	20%	15%
Anquilosis de los hombros	40%	30%
Anquilosis del codo en posición correcta (15 grados alrededor del ángulo correcto)	25%	20%
Anquilosis de la cintura en mala posición (flexionada o en posición forzada o en supinación)	40%	35%
Pérdida extensiva de la sustancia ósea de los dos huesos del antebrazo (lesión definitiva e incurable)	40%	30%
Parálisis total del nervio mediano	45%	35%
Parálisis total del nervio radial al nivel del canal de torsión	40%	35%
Parálisis total del nervio radial del antebrazo	30%	25%
Parálisis total del nervio radial de la mano	20%	15%
Parálisis total del nervio cubital	30%	25%
Anquilosis de la cintura en posición correcta (posición derecha y en pronación)	20%	15%
Anquilosis de la cintura en mala posición (flexionada o en posición forzada o en supinación)	30%	25%
Pérdida total del dedo pulgar	20%	15%
Pérdida parcial del dedo pulgar (falange)	10%	5%
Anquilosis total del dedo pulgar	20%	15%
Amputación total del dedo índice	15%	10%
Amputación de dos falanges del dedo índice	10%	8%
Amputación falange del dedo índice	5%	3%
Amputación simultánea del dedo pulgar y del índice	35%	25%
Amputación del dedo pulgar y de otro dedo que sea distinto al índice	25%	20%
Amputación de dos dedos que sean distintos al pulgar y al índice	12%	8%



Amputación de tres dedos que sean distintos al pulgar y al índice	20%	15%
Amputación de cuatro dedos incluyendo el pulgar	45%	40%
Amputación de un dedo del pie distinto al dedo gordo	3%	3%

3.2.6. Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.

b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.

c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la Amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

Defectos físicos existentes antes del accidente:

a) La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.

b) La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el baremo.

a) Por pérdida total de un miembro u órgano afectado se entiende la amputación o impotencia funcional definitiva y total del mismo.

b) Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.

c) Las indemnizaciones se realizarán únicamente por la consecuencia directa y exclusiva de un accidente. La influencia que en el accidente puedan haber ejercido enfermedades extrañas a él, así como los perjuicios que tales enfermedades puedan acarrear a la curación de las lesiones ocasionadas por el accidente, no son indemnizables.

d) Si después de fijada la incapacidad sobreviene el fallecimiento del asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco días siguientes al accidente y como causa directa del mismo, las cantidades satisfechas por FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A. se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento.

e) Quedan fuera de la tabla y no serán indemnizables, las cicatrices, secuelas estéticas y deformidades carentes de significación funcional.

f) Si antes del accidente el asegurado presentaba defectos corporales, la incapacidad causada por dicho accidente no podrá ser clasificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.

g) Si el asegurado fuera zurdo y si así lo hubiera declarado en la solicitud, los porcentajes de incapacidad previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.

h) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.

i) En caso de incapacidad permanente sobrevinida al asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la póliza que deje lesiones corregibles mediante la prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad de 150,00 euros.

3.3. INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

3.3.1. Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de la Invalidez Absoluta y Permanente sufrida por el asegurado, derivada de accidente cubierto por la póliza.

3.3.2. Se entiende como Invalidez Absoluta y Permanente Absoluta, aquella que incapacita definitivamente al asegurado para seguir desarrollando cualquier tipo de trabajo, con independencia de su profesión.

3.3.3. Este grado de Invalidez deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

3.3.4. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE

3.4.1. Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de Invalidez Permanente Total sufrida por el asegurado, derivada de un accidente cubierto por la póliza.



3.4.2. Se entiende como Invalidez Permanente Total la incapacidad definitiva del asegurado para seguir desarrollando la profesión que ejercía en el momento del accidente.

3.4.3. Este grado de Invalidez deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

3.4.4. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.5. GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE

3.5.1. Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de la Gran Invalidez sufrida por el asegurado, derivada de accidente cubierto por la póliza.

3.5.2. Se entiende como Gran Invalidez, la incapacidad del asegurado para atender las necesidades más imprescindibles de la vida diaria (tales como comer, desplazarse, vestirse y análogas), precisando de los cuidados de otra persona para su atención.

3.5.3. Este grado de Incapacidad deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

3.5.4. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.5.5. En caso de que se hayan contratado varios tipos de Invalidez Permanente, no serán acumulables las indemnizaciones que pudieran corresponder por la aplicación de varias de ellas.

3.5.6. Se exceptúan las coberturas con capital añadido en caso de accidente de circulación.

3.5.7. Asegurados con minusvalías.

Se hace constar que la indemnización a abonar para los asegurados con minusvalías previas a la contratación de la póliza, será la que correspondería a una persona sin dicha minusvalía. Por tanto, se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con la citada minusvalía preexistente, física o psíquica.

3.6. ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS CONCERTADOS POR ACCIDENTE

3.6.1. Se entiende por Asistencia Sanitaria el reembolso de los gastos derivados de la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos, siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en territorio nacional.

3.6.2. Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador reembolsará la totalidad de los gastos médico-farmacéuticos en Centros Concertados por el Asegurador, según se relacionan en Condiciones Particulares.

3.6.3. En aquellas poblaciones en las que no existieran Centros Concertados, se reembolsará al asegurado el importe de los gastos ocasionados, tomando como límite las tarifas vigentes de Accidentes de Trabajo en España.

3.6.4. La duración de la prestación será igual a la duración de la póliza y, en todo caso, con el límite máximo de un año y mínimo de treinta días.

3.6.5. Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

3.6.5.1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.

3.6.5.2. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.

3.6.5.3. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.

3.6.6. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.6.7. Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado y se abona independientemente de éstas.

3.7. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

3.7.1. Si a consecuencia de un infarto de miocardio se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios, que estarán designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del asegurado.

3.7.2. Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de Incapacidad Permanente como consecuencia del infarto que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta fuera superior.

3.7.3. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.8. PRESTACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

3.8.1. La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario de la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de fallecimiento por accidentes, si se produce el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia del mismo.

3.8.2. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.



3.9. PRESTACIÓN ADICIONAL POR INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

3.9.1. La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Invalidez Permanente Absoluta, si se produce la invalidez absoluta y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

3.9.2. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.10. PRESTACIÓN ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

3.10.1. La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Invalidez Permanente Total, si se produce la invalidez total y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

3.10.2. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.11. PRESTACIÓN ADICIONAL POR GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

3.11.1. La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Gran Invalidez, si se produce la gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

3.11.2. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3.11.3. Riesgos Excluyentes:

3.11.3.1. Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, tendrán carácter excluyente entre sí los riesgos de fallecimiento del asegurado e invalidez total y permanente, invalidez absoluta y permanente y gran invalidez.

3.11.3.2. A estos efectos, la entidad aseguradora abonará únicamente la prestación derivada del evento que suceda en primer lugar. Quedarán así pues, automáticamente extinguidas, en la fecha del primer suceso, las prestaciones contratadas para cubrir cualquier otro evento.

3.11.3.3. Igualmente, resultará excluyente e incompatible entre sí, la percepción de las prestaciones por invalidez total y permanente y por invalidez absoluta y permanente y gran invalidez, debiendo abonar la entidad aseguradora únicamente la prestación asegurada correspondiente a la situación de invalidez de grado superior que presente el asegurado. Quedarán automáticamente extinguidas, en la fecha en que se manifieste la primera de las citadas situaciones de invalidez, las prestaciones contratadas para cubrir la/s restante/s.

3.11.4. No obstante lo anterior y siempre que así se establezca en Condiciones Particulares, en el caso de que el grado de invalidez fuera revisado y se considerara que debe ser superior en grado y desde la misma fecha al inicialmente reconocido, se considerará al asegurado en el grado de invalidez superior, abonando la entidad aseguradora la diferencia en su caso proceda entre las prestaciones aseguradas para ambos grados.

Capítulo 4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

4.1. Personas no asegurables:

4.1.1. Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.

4.1.2. El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

4.1.3. Las personas menores de 14 años y mayores de 65 años.

4.1.4. Salvo pacto en contrario, al finalizar cada periodo de seguro, causarán baja como asegurados aquellos que durante el mismo hayan cumplido la edad de setenta años de edad.

4.1.5. La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

4.2. Riesgos excluidos:

a) Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera Accidente a efectos de esta póliza.

b) Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona, así como los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el apartado de Definiciones.

c) Enfermedades, epidemias y todo tipo de procesos cuyo origen sea infección por picadura de insectos (malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares).

d) No se considerarán indemnizables los hechos que produzcan exclusivamente efectos psíquicos.

e) Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.

f) Aneurismas, ictus, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.

g) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.

h) Suicidio o tentativa de suicidio, así como actos intencionados del Asegurado contra su integridad física. Asimismo, los ocasionados a consecuencia de un acto doloso o delictivo del Asegurado.



- i) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- j) Accidentes producidos con motivo de encontrarse el asegurado bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes. Asimismo se excluyen los accidentes de circulación cuando el asegurado conduzca con un índice de alcohol superior al legalmente fijado en cada momento.
- k) La participación de la persona asegurada en viajes aéreos, exceptuando los realizados como pasajero de pago en vuelo comercial con licencia.
- l) Práctica profesional, o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; así como la participación no profesional en carreras de vehículos de motor y la práctica de boxeo, artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y de submarinismo, deportes aeronáuticos, esquí y deportes en la nieve, alpinismo y los definidos como deportes o actividades de riesgo, tales como puenting, rafting o descenso de barrancos; caza mayor fuera de España, torero y encierro de reses bravas. Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos: Artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y esquí de nieve.
- m) Uso de aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros. Accidentes sufridos como tripulante de cualquier tipo de medio de transporte aéreo, público o privado.
- n) Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- o) Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.
- p) Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera de territorio español debidos a dichas causas, salvo terrorismo, no quedarán excluidos si el Asegurado se halla en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse quince días desde el inicio de dicha situación anómala.
- q) Los accidentes sufridos por el Asegurado cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

Capítulo 5. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

5.1. 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.

5.2. 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 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, aún 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.

5.3. 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.

5.4. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

5.4.1. 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 135 km/h y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

5.4.2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.



- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el 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 al 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 quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel- 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».

5.4.3. Franquicia

5.4.3.1. 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.

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

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

5.4.4. Extensión de la cobertura

5.4.4.1. 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.

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

5.5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

5.5.1. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.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.

5.5.2. 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, vídeos o certificados



oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

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

5.5.4. 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.

5.5.5. 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.

Capítulo 6. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

a) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

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

- En caso de Muerte por accidente:

a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.

b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.

c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.

d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo.

Si no existe designación expresa, certificado del Registro de Últimas Voluntades y copia del último testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

- En caso de Muerte por infarto:

La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

- Común a todos los casos de Muerte del Asegurado:

A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado. Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto.

El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

- En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (incluida Progresiva):

a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.

Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento.

El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.

b) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

- En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:

a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.

b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al asegurado.

c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



- En caso de Asistencia Sanitaria:
 - a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
 - b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
 - c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
- En caso de Invalidez Temporal:
 - a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
 - b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atiende.
- En caso de Hospitalización y Convalecencia:
 - a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
 - b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.
- En todos los supuestos:
Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa y consecuencias.

b) Pago De La Indemnización:

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación garantizada en el plazo de cinco días en caso de Muerte o Incapacidad Permanente.

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

Capítulo 7. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

7.1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

7.2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro o del Asegurado, en su caso.

7.3. Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

7.4. Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

7.5. En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

7.6. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador, queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Capítulo 8. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

8.1. En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación.

8.2. En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada periodo de seguro.



Capítulo 9. PRIMAS REGULARIZABLES

9.1. En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

9.2. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.

9.3. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

9.4. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.

9.5. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del artículo 10.4 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

Capítulo 10. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

10.1. Las presentes Condiciones Generales del contrato de seguro tienen, al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley aplicables a su contenido, para que su consulta pueda ser hecha, si se desea, con la máxima precisión y facilidad.

10.2. Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º.

10.3. EL Órgano de Control, que es la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda, que supervisa la actividad en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

10.4. Documentación y formalización del contrato de seguro

a) El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato.

b) El Tomador debe leer y comprobar atentamente los términos y condiciones de su póliza y, en su caso, pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

c) Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.

d) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.

e) Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10.5. Duración del contrato de seguro

a) La duración del contrato se fija desde las 00:00 horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización.

b) Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática.

c) Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.

d) Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual, deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.

e) Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento:

- Cuando se produzca una agravación del riesgo.
 - Cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos).
- Si es el Asegurador quien rescinde, prorroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10.6. Modificación del contrato de seguro

a) Cualquier modificación que se produzca en el contenido de las respuestas que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe ser comunicada al Asegurador a la mayor brevedad, por si es necesario adaptar la póliza a la nueva situación.

b) Así, las agravaciones o disminuciones del riesgo, deben ser comunicadas por el Tomador del seguro, normalmente en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.

c) La respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el mismo plazo de 15 días, salvo cuando se trata de agravación del riesgo, caso en que dispone de dos meses para proponer la modificación del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador no haga uso previamente de las facultades de rescisión señaladas en el Apartado anterior.

d) Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10.7. Actuación en caso de siniestro

a) Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.

b) El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.

c) Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.

d) Una vez pagada la indemnización, en muchas ocasiones el Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables del daño. El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

10.8. Otras cuestiones de interés

a) Principio de la buena fe

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tareas de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro

b) Comunicaciones entre las partes

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico.

Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario se dirijan al Asegurador, pueden hacerlo a su domicilio social, al de sus sucursales. Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente al Asegurador o bien a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.

El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario.

c) Prescripción de acciones

Las acciones para exigir derechos derivados del contrato prescriben a los cinco años.

d) Consultas y aclaraciones sobre incidencias

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

10.8.1. El Mediador de Seguros.

10.8.2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía.

e) Litigios sobre el contrato

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



Capítulo 11. DOMICILIO PARA EMPLAZAMIENTOS

Queda convenido por la presente que cualquier diligencia de emplazamiento, notificación o expediente que deba notificarse al Asegurador con el propósito de iniciar un juicio contra el mismo en relación con esta Póliza se realice a:

FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A. România, B-dul Lascăr Catargiu nr. 48, sector 1, București, Código Postal 010701

Capítulo 12. ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO

12.1. El Tomador del Seguro/Asegurado declara haber leído y entendido el contenido de todas las cláusulas, términos y condiciones del presente contrato y que está de acuerdo con ellas, y especialmente con aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, puedan tener un alcance limitativo de sus derechos. Para que quede constancia de lo anterior, el Tomador de Seguro/Asegurado firma el documento.

12.2. El Tomador del Seguro declara haber recibido la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en las Condiciones Generales.

EL TOMADOR DE SEGURO

POR LA COMPAÑÍA

FORTE España Suscripción, Agencia de Suscripción
en nombre de FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A

Forte España Suscripción, S.L. Agencia de Suscripción de FORTE Asigurari y Reasigurari, S.A.

Autorización Administrativa DGS AS-76 CIF: B-87147799 C/ Princesa, 22 – 1ª planta 28008 Madrid. Tel. 915422319 www.fortesuscripcion.es

FORTE ASIGURĂRI REASIGURĂRI S.A. România, B-dul Lascăr Catargiu nr. 48, sector 1, București, Código Postal: 010701 Tel: +4(0)21 230 5602, +4(0)21.312.52.42;
Fax: +4(0)21.318.33.56; e-mail: office@forteiasig.com; CUI: 8209593; Nr. Registro de Comercio: J40/1814/1996; Nr. Registro Aseguradores RA-014; Autorizada por la Comisión de Supervisión de Seguros (ASF) en Rumania; Autorizada a operar en España en L.P.S. el 05.05.2014; N° de inscripción L0925;

Cod.NIF: N0661619G



FORTE España
AGENCIA DE SUSCRIPCIÓN
European Insurance Company



FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A.
European Insurance Company



INFORMACION DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebrará en régimen de Libre Prestación de Servicios con la compañía Forte Asigurari Reasegurari, entidad domiciliada B-dul Lascar, nr 48, sector 1 Bucarest (Rumania)
2. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Rumania, si bien el Estado miembro donde va a realizar la actividad aseguradora en régimen de Libre Prestación de Servicio, es España, siendo la autoridad a quien compete el control y supervisión de sus actividades el (ASF) Autoritatea de Supraveghere Financiară en Rumania.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6./2004 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Ley 30/1995 de 8 de noviembre (en lo que resulte de aplicación y esté en vigor) y demás normativa española de desarrollo y/o complemento.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACION

Cualquier Siniestro o Reclamación podrá dirigirse por escrito al Corredor de la póliza que aparece en las Condiciones Particulares, quien, a su vez, lo notificará a la Agencia de

Forte España Suscripción, S.L., que actúa en virtud de contrato de autorización, y cuyo domicilio social es:

C/ Princesa, 22 – 1ª izqda

28008 - MADRID - ESPAÑA

☐91.542.23.19

e-mail: info@fortesuscripcion.es

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

FORTE ASIGURARI REASEGURARI

B-dul Lascar Catargiu, nr 48 sector 1,

Bucaresti (Rumania)

Tel. +4(0)021.312.5242

office@forteasiq.com

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACION

1) En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado competente de su domicilio. Cualquier emplazamiento o notificación como consecuencia del ejercicio de acciones judiciales en relación con el presente contrato de seguros se entenderá correctamente realizado si se dirige a los Aseguradores en la siguiente dirección:

FORTE ASIGURARI Y REASEGURARI

B-dul Lascar Catargiu, nr 48 sector 1,

Bucaresti (Rumania)

Tel. +4(0)021.312.5242

office@forteasiq.com

2) Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán reclamar, en virtud del artículo 62 del Real Decreto Legislativo 6/2004 de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado, ante la Dirección General de Seguros (Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en Planes de Pensiones) si consideran que la entidad aseguradora ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato del seguro.

EL TOMADOR DE SEGURO

POR LA COMPAÑÍA

FORTE España Suscripción, Agencia de Suscripción
en nombre de FORTE ASIGURARI REASIGURARI S.A

Forte España Suscripción, S.L. Agencia de Suscripción de FORTE Asigurari y Reasigurari, S.A.

Autorización Administrativa DGS AS-76 CIF: B-87147799 C/ Princesa, 22 – 1ª planta 28008 Madrid. Tel. 915422319 www.fortesuscripcion.es

FORTE ASIGURĂRI REASIGURĂRI S.A. România, B-dul Lascăr Catargiu nr. 48, sector 1, București, Código Postal: 010701 Tel: +4(0)21 230 5602, +4(0)021.312.52.42;

Fax: +4(0)21.318.33.56; e-mail: office@forteasiq.com; CUI: 8209593; Nr. Registro de Comercio: J40/1814/1996; Nr. Registro Aseguradores RA-014; Autorizada por

la Comisión de Supervisión de Seguros (ASF) en Rumania; Autorizada a operar en España en L.P.S. el 05.05.2014; Nº de inscripción L0925;

Cod.NIF: N0661619G