



Mutua Tinerfeña

MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA

Con responsabilidad de los socios, limitada a un importe igual de la prima que paguen
(art. 9, 2º d) de la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados

SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|------|
| * Cláusula Preliminar..... | 1 |
| * Definiciones | 1 |
| * Artículo 1º. Objeto del Seguro | 1 |
| * Artículo 2º. Garantías Asegurables | 1 |
| * Artículo 3º. Riesgos Excluidos | 3 |
| * Artículo 4º. Personas no Asegurables | 3 |
| * Artículo 4º. Bis. Cobertura: Accidentes Corporales del Conductor y Ocupantes de Automóviles | 3 |
| * Artículo 5º. Ámbito del Seguro | 5 |
| * Artículo 6º. Bases del Contrato | 5 |
| * Artículo 7º. Efecto del Seguro | 6 |
| * Artículo 8º. Duración del Seguro | 6 |
| * Artículo 9º. Pago de la Prima | 6 |
| * Artículo 10º. Modificaciones del Riesgo | 6 |
| * Artículo 11º. Declaración de Accidente | 7 |
| * Artículo 12º. Procedimiento en Caso de Siniestro | 7 |
| * Artículo 13º. Pago de Indemnizaciones | 7 |
| * Artículo 14º. Disconformidad en la Evaluación del grado de Invalidez | 8 |
| * Artículo 15º. Subrogación | 8 |
| * Artículo 16º. Extravío o Destrucción | 8 |
| * Artículo 17º. Prescripción | 8 |
| * Artículo 18º. Jurisdicción | 8 |
| * Artículo 19º. Comunicaciones | 8 |
| * Artículo 20º. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios | 8 |

SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguros (B.O.E. del día 17 de Octubre de 1.980); y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de esta póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

A efectos del contrato se entiende por:

a) **ASEGURADOR:** La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

b) **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven.

c) **ASEGURADO:** Cada una de las personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

d) **BENEFICIARIO:** La persona titular del derecho a la indemnización.

e) **FAMILIARES DEPENDIENTES:** Solamente se consideraran como tales:

1) El cónyuge del Asegurado siempre que conviva en el mismo domicilio.

2) Los hijos del Asegurado menores de 18 años que vivan permanentemente en el hogar del Asegurado y que sean económicamente dependientes de él. Cuando además de reunir las condiciones anteriores se dediquen exclusivamente a realizar estudios se ampliará la edad límite a los 23 años.

f) **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 procedieren, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

g) **PRIMA:** El precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

h) **SUMA ASEGURADA:** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada garantía por el Asegurador.

i) **ACCIDENTE:** Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ARTÍCULO 1º OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza para las coberturas contratadas el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas y/o en su vida privada.

Se considerarán cubiertos por la presente póliza todos los accidentes de que pueda ser víctima el Asegurado y que no estén expresamente excluidos en el artículo 3º de esta póliza.

ARTÍCULO 2º GARANTÍAS ASEGURABLES

2.1 Muerte por accidente, el Asegurador pagará a la persona o personas designadas como Beneficiarios, o en su defecto, a los herederos legales con exclusión del Estado y de los acreedores de la sucesión del Asegurado, la Suma Asegurada para muerte.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber hecho en concepto de Invalidez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se considerarán como adelantos sobre la Suma Asegurada para Muerte y se deducirán de la misma.

Si a consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su cónyuge, el Asegurador pagará una indemnización adicional e igual al capital contratado para esta garantía a aquellos beneficiarios que queden huérfanos de ambos padres en cualquiera de las siguientes circunstancias: que sean menores de 18 años o que estén afectados por una incapacidad total y absoluta para cualquier trabajo.

Si el fallecimiento del Asegurado se produjera como consecuencia de atraco, secuestro o cualquier otro tipo de agresión que no sea indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros, la Suma Asegurada contratada para esta garantía se incrementará en un 20 por ciento.

2.2 Muerte por accidente de circulación, el Asegurador pagará una indemnización adicional e igual al capital base contratado para la cobertura de Muerte.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber hecho en concepto de Invalidez Permanente a consecuencia del mismo Accidente, se considerarán como adelantos sobre la Suma Asegurada para Muerte y se deducirán de la misma.

Se entenderá que la Muerte es por accidente de circulación en los siguientes supuestos:

1) Fallecimiento del Asegurado como peatón, causado por un vehículo terrestre.

2) Fallecimiento del Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.

3) Fallecimiento del Asegurado como usuario de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

2.3 Invalidez Permanente por accidente, entendiéndose por tal la pérdida anatómica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados.

Comprobada o definida la Invalidez Permanente al ser dado de alta el Asegurado como curado clínicamente el Asegurador indemnizará de acuerdo con la Suma Asegurada para esta cobertura y en base al grado de Invalidez dictaminado.

Se entiende por Invalidez Permanente Absoluta la pérdida completa de la razón o locura incurable, imbecilidad, ceguera completa, parálisis completa, pérdida o impotencia funcional de los dos brazos, de las dos manos, de las dos piernas, de los dos pies y de la simultánea de un miembro superior y otro inferior de los reseñados. El Asegurador indemnizará el 100 por 100 de la Suma Asegurada para esta cobertura.

De haberse contratado la modalidad de Invalidez Permanente Progresiva se indemnizará al Asegurado hasta el 225 por 100 de la Suma Asegurada para esta cobertura.

Si la Invalidez Permanente es Parcial, dará derecho a los porcentajes aplicados sobre la Suma Asegurada para la Invalidez Permanente Absoluta de acuerdo con los siguientes baremos:

| Pérdida total: | Normal | Progresivo |
|---|--------|------------|
| - Del brazo o de la mano | 70% | 135% |
| - Del movimiento del hombro | 25% | 25% |
| - Del movimiento del codo | 20% | 20% |
| - Del movimiento de la muñeca | 20% | 20% |
| - Del pulgar y el índice | 35% | 45% |
| - De tres dedos que no sean el pulgar o el índice | 25% | 25% |
| - De tres dedos comprendidos el pulgar o el índice | 30% | 35% |
| - Del pulgar y de otro dedo que no sea el índice | 25% | 25% |
| - Del índice y de otro dedo que no sea el pulgar | 20% | 20% |
| - Del pulgar sólo | 20% | 20% |
| - Del índice sólo | 15% | 15% |
| - Del dedo mayor, del anular, o el meñique | 10% | 10% |
| - De dos de estos dedos | 15% | 15% |
| - De una pierna | 60% | 105% |
| - De un pie | 50% | 75% |
| - Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos | 40% | 55% |
| - Ablación de la mandíbula inferior | 30% | 35% |
| - Pérdida total de un ojo o reducción de mitad de la visión binocular | 30% | 35% |
| - Sordera completa de los dos oídos | 50% | 75% |
| - Sordera completa de un oído | 15% | 15% |

| | Normal | Progresivo |
|---|--------|------------|
| - Fractura no consolidada de una pierna o un pie | 40% | 55% |
| - Fractura no consolidada de una rótula | 30% | 35% |
| - Pérdida total del movimiento de una cadera o una rodilla | 20% | 20% |
| - Acortamiento, por lo menos, de cinco centímetros de un miembro inferior | 15% | 15% |
| - Pérdida total del pulgar de un pie | 10% | 10% |
| - Pérdida total de otro dedo del pie | 5% | 5% |

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se determinará por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión y como máximo hasta el 100 por 100 o 225 por 100 de la Suma Asegurada según la modalidad de Invalidez Permanente contratada.

Por cada falange de los dedos, únicamente se considerará Invalidez Permanente la pérdida anatómica total y la indemnización se establecerá de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad; por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio, ambas fracciones sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no esté expresamente indicada en el baremo de porcentajes anteriormente citado, la indemnización se establecerá teniendo en cuenta el grado en que resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado, según los dictámenes médicos, sin tener en cuenta la profesión del mismo.

En todo caso la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considerará como una pérdida anatómica.

En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado, se reducirá proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos físicos o funcionales, éste tendrá derecho a percibir solamente la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Complementariamente a las prestaciones que correspondan por Invalidez Permanente, el Asegurador se hará cargo del importe de la primera prótesis ortopédica que precise el Asegurado, a resultas de un Accidente garantizado, hasta un importe máximo de 601 ,por siniestro.

2.4 Incapacidad Temporal por accidente, entendiéndose por tal aquella que impida al Asegurado dedicarse a sus ocupaciones profesionales declaradas y que de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos se estime recuperable. El Asegurador abonará la indemnización diaria fijada en las Condiciones Particulares, mientras dure la incapacidad y hasta trescientos sesenta y cinco días como máximo.

Si el accidente sólo produjera una Incapacidad Temporal parcial o a partir de la fecha en que el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones, el Asegurador abonará la parte proporcional de la indemnización diaria en función del nivel de actividad que no pueda realizar.

Para las personas que no ejerzan profesión remunerada alguna, la indemnización diaria total sólo se pagará mientras el Asegurado no pueda abandonar, a juicio médico sus habitaciones.

2.5 Gastos de asistencia sanitaria por accidente, entendiéndose por tallos honorarios médicos y del personal auxiliar, gastos de hospitalización, farmacia, radiografías, transporte sanitario y rehabilitación funcional. El Asegurador indemnizará hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días.

2.6 Pérdida, rotura o deterioro de los efectos personales que llevara consigo el Asegurado y que sufrieran alguno de estos daños a consecuencia de un accidente cubierto por este contrato, que le originen lesiones corporales que precisen asistencia médica, serán indemnizados por el Asegurador, a Valor de Reposición a Nuevo, hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares.

Se entenderá por efectos personales las prendas de vestir, calzado, relojes, joyas, lentes, etc., y en general cualquier artículo que porte el Asegurado para su uso personal. Se excluyen los objetos, aparatos o herramientas que pueda llevar el Asegurado con fines profesionales.

ARTÍCULO 3º RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las garantías de esta póliza, los accidentes a consecuencia de:

a) Ser garantizables por el Consorcio de Compensación de Seguros.

b) Estar calificados por el poder público de Catástrofe o Calamidad Nacional.

c) La práctica como profesional de cualquier deporte y como aficionado de boxeo, full-contac, escalada, acceso a glaciares, actividades subacuáticas con equipos autónomos y aquellos que impliquen riesgo aéreo como paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor y similares. Así como la participación en carreras y/o competiciones, salvo las pedestres, apuestas o cualquier otra manifiestamente temeraria.

d) Formar parte el Asegurado de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, así como ser pasajero en las de uso particular. No será de aplicación esta exclusión cuando viaje como pasajero de pago en aeronaves de cómo mínimo dos motores o helicópteros, legalmente autorizados para el transporte de viajeros.

e) Acciones intencionadas del Asegurado, incluido el suicidio o su intento, sea cual fuese el estado mental del mismo.

f) La ingestión de cualquier droga que no haya sido prescrita o administrada por un médico, y los envenenamientos e intoxicaciones alimentarias.

g) Acciones delictivas propias.

h) Duelos, desafíos y riñas, salvo en los casos de legítima defensa y salvamento de bienes o personas. Esta exclusión no es de aplicación para los menores de 14 años.

i) Viajes que tengan carácter de exploración

j) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza incluso las profesionales, a menos que se pruebe de manera fehaciente que fue consecuencia directa de un accidente garantizado.

k) La acción directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

l) Conflictos armados. En el extranjero quedarán cubiertos cuando el Asegurado se encuentre en el país con anterioridad a su inicio, y lo abandone no más tarde del decimocuarto día después de iniciados los mismos.

ARTÍCULO 4º PERSONAS NO ASEGURABLES

A efectos de la garantía de muerte los menores de 14 años y a todos los efectos los mayores de 70 años.

No podrían figurar como asegurados las personas inválidas, paráliticas o sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataque de "deliriurn tremens". De presentarse durante la vigencia de la póliza alguna de estas dolencias, el seguro se considerará anulado e ineficaz desde el instante inmediatamente posterior a la primera manifestación de la misma.

ARTÍCULO 4º BIS

COBERTURA: ACCIDENTES CORPORALES DEL CONDUCTOR Y OCUPANTES DE AUTOMÓVILES

I OBJETO

1.- La presente cobertura cubre:

a) A las personas transportadas: Por los accidentes que las mismas puedan sufrir, relacionados con la circulación del autovehículo cuyas características se detallan en las Condiciones Particulares, en su calidad de viajeros y desde el momento que suben al mismo hasta el momento en que hayan descendido.

b) Al conductor: Por los accidentes que sufra, relacionados con la conducción del vehículo reseñado, así como los producidos durante las operaciones que efectúe, en caso de parada accidental del mismo para reemprender la marcha.

2.- En todos los casos, para que las garantías del seguro surtan efecto, será preciso que el conductor posea el correspondiente permiso de conducción válido, y que no carezca de todos los demás requisitos prescritos por las Leyes.

II EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS

La presente cobertura cubre a las personas de edad no inferior a cinco años estableciéndose que para las personas de 5

o más años y menos de 14, o incapacitados, sólo se cubre el caso de Invalidez Permanente los gastos de servicio médico así como en caso de fallecimiento, los gastos de sepelio hasta un reembolso de 601

III RIESGOS EXCLUIDOS DE ESTA COBERTURA

1.- Quedan excluidos de las garantías de esta cobertura los accidentes:

a) Provocados intencionadamente.

b) Encontrándose el conductor bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de estupefacientes.

A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,8 gramos por mil, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esa causa.

c) Consecuencia de la participación en carreras, apuestas, concursos y en los entrenamientos y pruebas correspondientes.

d) Los derivados de guerra, insurrección, tumultos y motines.

e) Los derivados directa o indirectamente de la reacción nuclear, radiación o contaminación radioactiva.

2.- Si en el momento de ocurrencia de un accidente cubierto por el seguro, viajasen por excepción en el vehículo mayor número de personas que las correspondientes al número de asientos declarados en el seguro, la suma total de los capitales garantizados para el vehículo se repartirá entre las personas efectivamente transportadas, y la indemnización para cada persona afectada por el accidente se calculará entonces sobre el nuevo capital, por persona, que resulte de dicho reparto, en el cual no se computarán las personas menores de cinco años.

IV CRITERIO DE INDEMNIZACIÓN

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

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

V MUERTE

1.- Si el accidente tiene como consecuencia la Muerte del Asegurado y ésta se produce dentro de un año a contar del día en

que ocurrió el accidente, el Asegurador paga a los Beneficiarios, el capital asegurado para el caso de Muerte.

No obstante, y aunque el fallecimiento ocurra transcurrido dicho plazo, el Asegurador, satisfará también el capital asegurado si el Beneficiario prueba que la muerte ha sido consecuencia del mismo accidente.

2.- El pago se efectuará en un plazo de cinco días a contar desde el momento de la presentación por parte de aquellos del certificado literal de defunción, de la carta de pago o exención de derechos de sucesión y el último testamento del fallecido o en su defecto, declaración de herederos abintestato.

En el caso previsto en el segundo párrafo del apartado 1 de este epígrafe se exigirá también la aportación de la prueba prevista en el mismo.

VI INVALIDEZ PERMANENTE

1.- Se entiende por Invalidez Permanente la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro de los señalados en este artículo.

2.- Si el accidente tiene como consecuencia una Invalidez Permanente y la misma se produce dentro de un año a contar del día en que se produjo el accidente o, de producirse después, pruebe el interesado que deriva de aquél, el Asegurador satisface, por tal concepto y con los requisitos del párrafo último de este artículo, una indemnización calculada sobre el capital asegurado para Invalidez Permanente según los porcentajes y disposiciones siguientes:

| | | |
|--|-------|------|
| Por la pérdida total:..... | Dcho. | Izq. |
| - De la extremidad superior | 70% | 60% |
| - De la mano o del antebrazo | 60% | 50% |
| - De una extremidad inferior | | |
| por encima de la rodilla | 60% | |
| - De una extremidad inferior a la | | |
| altura o debajo de la rodilla | 50% | |
| - Del pulgar | 22% | |
| - Del índice | 15% | 12% |
| - Del meñique | 12% | 10% |
| - Del medio | 8% | 6% |
| - Del anular | 8% | 6% |
| - Del dedo gordo del pie | 8% | |
| - De cualquier otro dedo del pie | 3% | |
| - Por la sordera completa de un oído | 10% | |
| - Por la sordera completa de | | |
| ambos oídos | 40% | |
| - Por la pérdida total de la visión | | |
| de un ojo | 30% | |
| - Por la pérdida total de la de | | |
| ambos ojos | 100% | |
| - Por la enajenación mental | | |
| absoluta e incurable | 100% | |

3.- La pérdida absoluta o irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. Si se trata de disminución, los porcentajes arriba indicados se reducen en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

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

Para cada falange terminal de los dedos, excluido el pulgar, se considera Invalidez Permanente únicamente la amputación total. La indemnización por la pérdida funcional o anatómica de una falange del pulgar se establece en la mitad: por la pérdida anatómica de una falange del dedo gordo del pie en la mitad, y por la de una falange de cualquier otro dedo en un tercio del porcentaje establecido por la pérdida total del dedo respectivo.

4.- En los casos de Invalidez Permanente no específica en el cuadro que antecede, la indemnización se establece teniendo en cuenta de acuerdo con los porcentajes de los casos relacionados, el grado de disminución permanente de la capacidad genérica del Asegurado para cualquier trabajo provechoso con independencia de su profesión.

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

5.- Aceptado por el Asegurador y por el Asegurado el grado de invalidez fijado en el certificado médico o, en su caso de discrepancia, en base al que resulte del procedimiento del artículo 13, el Asegurador hará efectiva en el plazo de cinco días la indemnización debida.

VII PROTESIS

En el caso de Invalidez Permanente sobrevenida al Asegurado accidentado como consecuencia del accidente garantizado por la presente cobertura, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurado 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 Permanente y con un límite máximo de 300 .

VIII SERVICIO MEDICO

a) El Asegurador, aun cuando el accidente no produzca Invalidez Permanente o Muerte, reembolsará al Asegurado, previa aportación de los oportunos comprobantes, los gastos que el mismo haya efectivamente sostenido por la Asistencia Sanitaria, en el bien entendido que la cantidad de reembolso a cargo del Asegurador no podrá ser superior, en ningún caso y por todos los conceptos de la prestación, al límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, no obstante serán a cargo del Asegurador las necesarias asistencias de carácter urgente.

La citada garantía se refiere única y exclusivamente al tratamiento médico-quirúrgico-farmacéutico y de clínica y hospitalario

específicamente necesario para la curación de las lesiones sufridas.

b) Extensión de cobertura:

En caso de enfermedad sobrevenida al Asegurado en el extranjero (Europa y países ribereños del Mediterráneo), el Asegurador reembolsará en España los importes que haya debido satisfacer para hacer frente al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos hasta el límite máximo de 1.500 por siniestro.

No darán lugar a reembolso:

Los gastos correspondientes a una recaída de enfermedad (o accidente) anteriormente contraída a una enfermedad mental objeto de tratamiento con anterioridad, así como las curas termales.

Los gastos ocasionados por el diagnóstico o tratamiento de un estado fisiológico (por ejemplo, embarazo) conocido antes de la fecha de inicio del viaje, a menos que sea una complicación clara e imprevisible.

- Los tratamientos ordenados en España y, en todo caso, los gastos consecutivos a embarazo después del sexto mes.

- El coste de gafas, lentes de contacto, aparatos ortopédicos y prótesis en general.

- Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos que hayan de satisfacerse en España a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido en el extranjero.

- Cualquier tipo de gasto médico farmacéutico inferior a 18 .

El Asegurador procederá al reembolso de los gastos médicos efectuados por el Asegurado una vez que le hayan sido presentados los documentos acreditativos de los desembolsos realizados.

IX ACUMULACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Si después del pago de una indemnización por Invalidez Permanente y como consecuencia del mismo accidente, el Asegurado fallece, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la Suma Asegurada para el caso de muerte, si ésta es superior.

ARTÍCULO 5º ÁMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente contrato surtirán efectos en cualquier lugar del mundo, siempre que el domicilio habitual del Asegurado se encuentre en España, excepto lo previsto en el apartado i) del artículo 3º.

ARTÍCULO 6º BASES DEL CONTRATO

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fun-

damento del contrato, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados a las personas y garantías en el mismo especificados.

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

ARTÍCULO 7º EFECTO DEL SEGURO

La cobertura pactada surtirá efecto en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre que la póliza se encuentre firmada por ambas partes y el Tomador del Seguro haya satisfecho la primera o única prima, salvo pacto en contrario. En caso de demora en el cumplimiento de estos dos requisitos, las obligaciones del Asegurador no empezarán hasta las veinticuatro horas del día en que ambos hayan sido cumplidos.

ARTÍCULO 8º DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento se prorrogará por un nuevo periodo de un año, y así en lo sucesivo. No obstante, cualquiera de las partes puede oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada, por lo menos, con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

En todo caso, el seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla los 70 años.

ARTÍCULO 9º PAGO DE LA PRIMA

El Tomador del Seguro 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 los correspondientes vencimientos.

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.

La prima se fijará en función del sistema de cobertura de indemnizaciones solicitadas por el Asegurado, y por tanto podrán ser:

Constantes durante la vigencia del seguro.

Revalorizable anualmente, en un 15% ó 20%, a partir de la segunda anualidad.

Revalorizable automáticamente mediante índice variable.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares se aplicarán las siguientes normas:

a) El obligado al pago de la prima entregará a la Compañía carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen

fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla, en este caso se deberá notificar al Asegurado esta circunstancia.

c) Si la compañía dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacerse su importe en el domicilio del Tomador del Seguro.

Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

Si por culpa del Tomador 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. 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.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, 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 pagó su prima.

ARTÍCULO 10º MODIFICACIONES DEL RIESGO

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

El Tomador deberá comunicar al Asegurador las siguientes modificaciones del riesgo:

El cambio de actividad u ocupación de cualquier Asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo de accidente respecto a la situación declarada previamente al Asegurador.

La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos no amparados por la presente póliza.

El Asegurador puede en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En tal caso el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede transcurrido dicho plazo rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de

los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado hubiera obrado de mala fé, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyen el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la percepción del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El Tomador deberá comunicar al Asegurador la existencia de cualquier otro seguro de accidentes sobre el mismo Asegurado. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador reclame los daños y perjuicios que de ellos pudieran derivarse, si bien no implicará reducción alguna de las sumas aseguradas.

ARTÍCULO 11º DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más alto.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

a) Enviar al Asegurador, en caso de Invalidez Temporal, en periodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.

Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

b) Permitir la visita de médicos de la Compañía así como cualquier averiguación o comprobación que ésta considere necesaria.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, salvo que se pruebe que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderá el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 12º PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir con las prescripciones y diligencias necesarias para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivarse de esa circunstancia.

ARTÍCULO 13º PAGO DE INDEMNIZACIONES

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 invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

En la Incapacidad Temporal, los partes de baja y alta, que determinen esta incapacidad, así como su duración.

En la Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

En la de Fallecimiento, las partidas de nacimiento y defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Actos de Última voluntad y, si existiera testamento, certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del Seguro, los documentos que acrediten la personalidad de los Beneficiarios y la carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

En el supuesto de que por demora de la Entidad en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado o los Beneficiarios se vieran obligados a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20 por 100 anual, más los gastos del proceso, conforme al artículo 38, párrafo 9, de la Ley de Contrato de Seguro.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro la Entidad no hubiere pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual.

No obstante lo anterior, la Entidad queda autorizada a retener aquella parte del capital asegurado en que de acuerdo con las circunstancias por ella conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto General sobre Sucesiones.

La prestación garantizada para caso de Muerte, será satisfecha al Tomador del Seguro o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al Tomador, o en su caso, a los herederos de éste.

ARTÍCULO 14º DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

En caso de desacuerdo respecto al grado de invalidez entre el Asegurador y el Tomador y/o Asegurado 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 que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerla en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Si los Peritos médicos llegan a un acuerdo lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y el grado de invalidez.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y de no acreditar ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o en su defecto, en el de treinta días, a partir de la acción de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador y ciento ochenta en el del Asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTÍCULO 15º SUBROGACIÓN

El Asegurador en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de Asistencia Sanitaria y de conformidad con el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, podrá ejercitar con gastos a su cargo los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente.

ARTÍCULO 16º EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de

algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar el Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

ARTÍCULO 17º PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde el día en que las mismas pueden ejercitarse.

ARTÍCULO 18º JURISDICCIÓN

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los Órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado en España, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 19º COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la póliza, o en su caso, a través del agente, si es afecto representante.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de estos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de sus domicilios.

Las comunicaciones hechas por un agente libre al Asegurador en nombre del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

Asimismo las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a éste.

El pago de primas que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

ARTÍCULO 20º CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

Daños en las personas

De conformidad con lo establecido en los artículos 6y 8 del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros aprobado por el artículo 4º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre (BOE de 20 de diciembre), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto legal, 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 siniestro producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y también los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el asegurado hubiese satisfecho, a su vez, los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso (Ley 22/2003, de 9 de julio. Concursal), o porque, hallándose la Entidad aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal (modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, y por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de 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.

2. Riesgos excluidos

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

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 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 25/1964, de 29 de abril.

e) 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, desprendimientos 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.

f) Los causados por actuaciones tumultarias 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, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

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

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de cobertura

El Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de periodo de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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

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

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro,

que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al afecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

a) Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

Certificado de defunción.

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.

En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.

Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

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.

