

Accidentes

Condiciones de su
Contrato de Seguro

Póliza N°
044817586 00003

Allianz Seguros

Allianz Accidentes Colectivo

www.allianz.es

SANTANDER 3 Enero 2019

Tomador de la Póliza

UNION DE GUARDIAS CIVILES UGC

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER S.L.

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

Contigo de la A a la Z

Allianz 

www.allianz.es/eCliente

SUMARIO

CAPÍTULO I	
Datos identificativos	3
CAPÍTULO II	
Objeto y alcance del Seguro	8
CAPÍTULO III	
Siniestros	15
CAPÍTULO IV	
Administración de la póliza	17
CAPÍTULO V	
Cuestiones fundamentales de carácter general	18



LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada 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.

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral, salvo indicación expresa en póliza.

Idéntica condición operará en el caso de que el contrato se formalice con el fin de cubrir a un colectivo de trabajadores, aún en el caso de que se garanticen mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social. A este respecto, la presente póliza es ajena e independiente a cualquier otra que el Tomador del Seguro estuviera obligado a suscribir como consecuencia del Convenio de Empresa.

Por todo lo anterior, tendrá la consideración de 'Accidente' cubierto por la póliza, únicamente aquel hecho que reúna los requisitos indicados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en desarrollo de la Ley de Contrato de Seguro. No será de aplicación la declaración de accidente emitida por cualquier otro organismo fuera del ámbito civil o mercantil.

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.

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Accidentes Colectivo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro **UNION DE GUARDIAS CIVILES UGC** c.i.f.: G86281391
AV SOLVAY, 113
39300 BARREDA (TORRELAVEGA)

Póliza y duración **Póliza nº:** 044817586 00003
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/01/2019 hasta las 24 horas del 31/12/2019.
Renovable a partir del 01/01/2020.

Mediador **ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER S.L.** 538 5150321
Corredor de Seguros. Nº DGS J2886
ATAULFO ARGENTA 27 BAJO
39003 SANTANDER
Tel: 942318282
aseguras@aseguras.es

Asegurador Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio social en Cl.Ramírez de Arellano 35. 28043 Madrid.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción Riesgo Global Número total de asegurados del colectivo: 3.
Número de Grupos: 1

Descripción Grupo Número 1 Número de asegurados: 3.
Categoría del riesgo: **Cuerpos de Seguridad del Estado y CC.AA.** .
Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad : **Miembros de la UnionGC, ámbito EXTRALABORAL, opción BASICA.**

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	25.000,00 Euros		65
Incapacidad permanente absoluta por accidente	25.000,00 Euros		65
Indemnización diaria por invalidez temporal por accidente	3,00 Euros	7 Días	65
Muerte por infarto de miocardio	12.000,00 Euros		65
Muerte por enfermedad común/profesional	3.000,00 Euros		65
Orfandad	12.000,00 Euros		65
Gastos de sepelio por accidente en España	1.500,00 Euros		65
Gastos de sepelio por accidente en el extranjero	3.000,00 Euros		65
Asistencia en viaje básica	Incluida		65

Cláusulas

1. **Preexistencias**
PREEXISTENCIAS:
SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE MINUSVALÍA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ENTRADA EN VIGOR PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACIÓN A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS. POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O MINUSVALÍAS PREEXISTENTES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS.

2. **COBERTURA DE ENFERMEDAD (EXCLUSIONES):**
COBERTURA DE ENFERMEDAD (EXCLUSIONES):

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos detallados a continuación:

- Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza, así como las derivadas del consumo de estupefacientes, drogas tóxicas y alcohol.
- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto.
- Tratamientos odontológicos (empastes, endodoncias, extracciones, etc.)
- Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.
- Tratamientos para adelgazar, curas de sueño, estéticos y tratamientos voluntarios en general.
- Tratamientos psiquiátricos, y psicológicos.
- El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV.
- Epidemias oficialmente declaradas.

3. **GARANTIA DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL**
Contrariamente a lo indicado en póliza, la garantía de indemnización diaria por invalidez temporal se abonará exclusivamente de acuerdo con lo indicado a continuación en cuanto a límites, franquicias y ámbito de cobertura:
En caso de siniestro, se abonará:

1. INDEMNIZACIÓN DE 3 EUROS DIARIOS DESDE EL 5º DÍA CONSECUTIVO DE BAJA por accidente EXTRALABORAL, es decir producido en el ámbito de su vida privada.

2. INDEMNIZACIÓN DE 70,74 EUROS POR CADA MES DE BAJA POR CUALQUIER CAUSA, SI ESTA SUPERA LOS OCHO DIAS DE FRANQUICIA. EN EL CASO DE QUE UNA UNICA BAJA ABARQUE MAS DE OCHO DIAS DE MESES DISTINTOS SE INDEMNIZARA ESA CANTIDAD CADA UNO DE LOS MESES.

AMBAS INDEMNIZACIONES SON ACUMULABLES, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO A COBRAR EN UN AÑO ES DE 470,22 EUROS CON UN MÁXIMO DE 90 DIAS DE BAJA.

Se requerirá siempre el parte oficial de baja laboral para poder tramitar y abonar el oportuno siniestro.

Adicionalmente a las exclusiones que figuran en póliza en el Art. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES, en caso de Incapacidad temporal, quedarán excluidas las bajas:

Derivadas de Enfermedad Profesional entendiéndose como tal la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en cuadro aprobado por las disposiciones de aprobación y desarrollo de la ley general de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

Intervención quirúrgica que no derive de accidente o enfermedad común cubierto por la póliza.

Bajas derivadas de patologías psicológicas o psiquiátricas, tales como ansiedad, depresión, estrés o similares.
Enfermedades derivadas del consumo de estupefacientes, drogas y alcohol.
Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in Vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto.
Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), así como las derivadas de correcciones estéticas que no deriven de un accidente.
Sida y/o enfermedades asociadas al virus HIV.
Epidemias oficialmente declaradas.
Y en cualquier caso, y con independencia de las garantías contratadas, la presente póliza no cubrirá:
Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor del contrato.
Aneurismas, varices, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y esto se pueda probar por medios diagnósticos precisos.
Procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación y/o no objetivables clínicamente por pruebas complementarias de diagnóstico.
Golpe de calor, insolaciones, congestiones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Hechos derivados de tratamientos para adelgazar, curas de sueño, estéticos y tratamientos voluntarios en general.
- Hechos derivados de tratamientos e intervenciones odontológicos (empastes, endodoncias, extracciones, etc).
Envenenamiento o intoxicación por ingestión de productos alimenticios o farmacológicos sin prescripción facultativa, salvo si se produce el fallecimiento del Asegurado.

4. PRIMAS, CONDICIONES DE ADHESION Y COMUNICACION DE ALTAS

[REDACTED]

No estarán cubiertos los siniestros producidos antes de la fecha de efecto del alta de cada asegurado y su inclusión en póliza.

Asimismo no se aceptará el alta en póliza de un asegurado que se encuentre de baja temporal o tramitando algún expediente de invalidez.

El Tomador deberá aportar el listado de asegurados nominativo de adhesiones que se incluirán en póliza con fecha 1 de cada mes hasta la fecha de vencimiento. La prima a pagar se calculará proporcionalmente hasta el vencimiento de la póliza según corresponda desde la fecha de efecto hasta el vencimiento.

No se procederá a realizar extornos de prima si un asegurado se da de baja con anterioridad al vencimiento de la póliza.

No se aceptarán altas después de 1 de junio de 2019.

No estarán incluidos los siniestros producidos antes de la fecha de efecto en póliza del listado de asegurados correspondiente, independientemente de la fecha de envío de la inclusión en póliza.

No se tramitará ningún siniestro ocurrido, por lo tanto no se tendrá derecho a indemnización, que se reclame después de 30 días una vez se cumplan los días máximos de indemnización de la póliza, independientemente si está o no dado de alta médica el asegurado en ese momento.

5. OTROS RIESGOS ASEGURADOS

- Se establece una indemnización por lesiones en acto de

servicio derivada de sentencia judicial cuando el imputado es declarado judicialmente insolvente hasta un máximo de 25.000 Euros por asegurado y año. El citado importe debe estar fijado en sentencia judicial como indemnización por las lesiones sufridas por el Guardia Civil asegurado con motivo de un acto de servicio en el cual el causante de dichas lesiones es condenado judicialmente al pago de dicha indemnización. No se abonará la indemnización cuando la misma se pueda obtener a través de la existencia de otros seguros o de la intervención del Consorcio de Compensación de Seguros. A efectos de esta cobertura, la fecha del siniestro será la de la sentencia condenatoria por lesiones. El parte de siniestro se presentará desde el momento en que el asegurado sufra los daños o lesiones por un tercero hasta 7 días posteriores a los hechos causantes del siniestro, independientemente en que a efectos de cobertura, la fecha del siniestro se considere la de la sentencia condenatoria. No se indemnizarán siniestros cuya demanda judicial se haya iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en póliza. El parte de siniestro se presentará desde el momento en que el asegurado sufra las lesiones por un tercero hasta 7 días posteriores a los hechos causantes del siniestro, independientemente en que a efectos de cobertura, la fecha del siniestro se considere la de la sentencia condenatoria. - Se establece una indemnización por daños a efectos personales en acto de servicio derivada de sentencia judicial hasta un máximo de 500 Euros por asegurado y año cuando el imputado sea declarado judicialmente insolvente. El importe a indemnizar será el indicado en la sentencia hasta el importe máximo indicado. A efectos de esta cobertura, la fecha del siniestro será la de la sentencia condenatoria. No se indemnizarán siniestros cuya demanda judicial se haya iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en póliza. El parte de siniestro se presentará desde el momento en que el asegurado sufra los daños por un tercero hasta 7 días posteriores a los hechos causantes del siniestro, independientemente en que a efectos de cobertura, la fecha del siniestro se considere la de la sentencia condenatoria.

6. AMBITO DE COBERTURA EXTRALABORAL

Para todas las garantías incluidas en póliza, excepto lo establecido para la Garantía de Incapacidad Laboral Temporal definido en las presentes condiciones Especiales, se garantizan única y exclusivamente los accidentes sufridos durante la vida privada, quedando excluido el riesgo laboral e in itinere.

7. POLIZA FLOTA

La presente aplicación se rige por las condiciones pactadas entre el Asegurador y ASESORES DE SEGU mediante la Póliza número 044817586

Identificación del Colectivo Asegurado La relación de personas aseguradas está disponible en: Relación nominal aportada por el Tomador y en poder de la Aseguradora.

Servicios para el Asegurado Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER S.L. teléfono..... **942318282**

También a través de su e-mail aseguras@aseguras.es

Para consultas y cuestiones administrativas

El Centro de Atención Telefónica de Allianz **902 300 186**

También a través de su web www.allianz.es

Asistencia en viaje

Su prestación debe solicitarse al teléfono **902 108 784**

Si es desde el extranjero debe solicitarse al teléfono **3491 325 52 76**

Primas

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Período: de 01/01/2019 a 31/12/2019	[REDACTED]	[REDACTED]
Periodicidad del pago: Anual	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

Domicilio de cobro

[REDACTED]

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. 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 punto 9 del 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) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares. Se excluyen los hechos derivados de infecciones por uso de jeringuillas, agujas y cualquier tipo de material médico.
- b) Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.
- c) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- d) Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.
- e) 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.

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

Se entiende por cambio de residencia habitual al extranjero cuando el asegurado permanezca más de 183 días al año en otro país, o cuando haya fijado su residencia fiscal en otro país.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1 - 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.

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

3 - Asegurador: ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

4 - 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.

5 - 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 en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado.

El beneficiario no podrá ser el tomador del seguro, si este no es el asegurado, salvo consentimiento expreso del asegurado.

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

6 - Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

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

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

9 - Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

10 - 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.

11 - 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.

12 - 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.

13 - 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.

14 - Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación en contra expresada en la póliza, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un máximo de 28.500.000 euros por siniestro.

Artº. 2º. OBJETO DEL SEGURO

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

Artº. 3º. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I.

(Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

3º. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

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.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de la Incapacidad Permanente Absoluta sufrida por el asegurado, derivada de accidente cubierto por la póliza. Se entiende como Incapacidad Permanente Absoluta, aquella que incapacita definitivamente al asegurado para seguir desarrollando cualquier tipo de trabajo, con independencia de su profesión.

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

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORAL, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Temporal, la lesión que imposibilite transitoriamente al Asegurado para el desempeño de su actividad laboral o profesional, descrita en las Condiciones Particulares.

En caso de determinarse la Invalidez Temporal del Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, el Asegurador abonará una indemnización diaria durante el **plazo máximo de duración de la póliza establecido en Condiciones Particulares y en cualquier caso, con el límite de 365 días**, una vez aplicada la franquicia, desde el inicio de la prestación.

La indemnización diaria comenzará a devengarse a partir del día en que se inicie la imposibilidad del Asegurado para desarrollar sus actividades, siempre acreditado mediante certificación médica.

Esta indemnización cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado, y se abona con independencia de estas coberturas.

Esta garantía finalizará automáticamente al cumplir la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Esta cobertura es válida exclusivamente para los accidentes ocurridos en España.

3º. 4. MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Si a consecuencia de un infarto de miocardio, ocurrido dentro del ámbito y actividades cubiertas por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

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.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 5. MUERTE NATURAL O POR ENFERMEDAD COMÚN/PROFESIONAL

Contrariamente a lo indicado en el artículo 4º 2-b (exclusiones), si el asegurado fallece de forma natural o por enfermedad común/profesional, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital señalado para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

Si el fallecimiento sobreviene después de haberse indemnizado por cualquier tipo de Incapacidad por enfermedad, se abonará por esta Garantía de Muerte

Natural la diferencia entre el capital asegurado para esta cobertura y el percibido en su momento por Incapacidad, siempre que la diferencia sea positiva. **Será necesario, para la validez de la cobertura, que la enfermedad haya sido diagnosticada una vez en vigor la póliza, que el fallecimiento se produzca también durante la vigencia del seguro, y que el asegurado se encuentre en Alta o asimilación al Alta en la plantilla del Tomador del Seguro en la fecha de producirse las consecuencias finales de la enfermedad.**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 6. ORFANDAD

Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho -inscrita oficialmente como tal-, y existieran hijos menores de edad no emancipados o afectados de Incapacidad Absoluta para todo trabajo, **el Asegurador abonará a dichos hijos -con independencia de la designación de beneficiarios que figure en póliza-** un capital adicional señalado en póliza, para el conjunto de sus hijos y en concepto de **ORFANDAD**.

Este mismo capital se abonará en caso de que el fallecido, titular del seguro, fuera el único progenitor con vida.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 7. Gastos de sepelio por accidente en España

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en España, el Asegurador abonará un importe adicional indicado en póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 8. Gastos de sepelio por accidente en el extranjero

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce la muerte del Asegurado en otro país que no sea España, el Asegurador abonará el importe adicional señalado en la póliza, en concepto de Gastos de Tramitación y Sepelio. Dicho importe se abonará a los Beneficiarios de la póliza, tan pronto se acredite la cobertura de la póliza y la condición de Beneficiario.

3º. 9. ASISTENCIA EN VIAJE BÁSICA

Modificando en lo que corresponda el artículo 4º (Exclusiones), se garantiza la siguiente cobertura de Asistencia en Viaje:

Ámbito de Cobertura y Aplicación

La presente cobertura se refiere a los viajes realizados por todo el mundo.

Asegurado

La persona física, residente en España, que pertenece a un colectivo de accidentes asegurado por Allianz.

Duración de los viajes

La presente cobertura tiene validez para viajes no superiores a 90 días

GARANTIA DE ASISTENCIA - REPATRIACIÓN

1. Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del asegurado desplazado.

En caso de que el asegurado contrajese una enfermedad sobrevenida o fuese víctima de un accidente durante la realización del viaje asegurado, el equipo médico de la Aseguradora determinará la mejor conducta a seguir, según la gravedad y urgencia del caso. Organizará los contactos que sean necesarios entre su equipo médico y el médico que esté tratando al asegurado, para la prestación de la asistencia sanitaria adecuada.

En caso de urgencia y gravedad médica de la dolencia del asegurado, y según el criterio del equipo médico del Asegurador en contacto con el médico que trate al asegurado y de su familia, teniendo en cuenta lo que sea médicamente necesario, decidirá su transporte sanitario, organizándolo desde el lugar donde el asegurado se encuentre hasta el centro hospitalario más próximo o adecuado para su estado de salud o hasta la residencia del asegurado. El Asegurador tomará a su cargo, única y exclusivamente, la repatriación del asegurado hasta su domicilio en caso de que sea médicamente necesario.

En caso de afecciones que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por el medio más adecuado, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados precisos.

Además, el Asegurador organizará las repatriaciones del asegurado y de un acompañante asegurado o de su familia (cónyuge, pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en el caso de que debido a una necesidad médica, cuya gravedad quedará a juicio del equipo médico del Asegurador, el asegurado perdiera el medio de transporte previsto para su regreso a su domicilio habitual. En este caso será necesario que el asegurado llame previamente al Asegurador solicitando la asistencia para su necesidad médica.

El Asegurador tomará a su cargo los gastos suplementarios de transporte de las personas acompañantes aseguradas o de su familia (cónyuge, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

Si el asegurado, una vez recuperado y sus familiares asegurados o acompañantes asegurados, desean

continuar su viaje y el estado de salud de aquel así lo permite, el Asegurador se encargará de organizar su traslado hasta el lugar de destino de su viaje, siempre que el coste de este trayecto no sea superior al de la vuelta a su domicilio habitual. No obstante, no quedarán cubiertos los gastos derivados de la patología sufrida por el asegurado si éste toma la decisión de continuar al lugar de destino de su viaje.

2. Repatriación del asegurado fallecido.

En caso de fallecimiento del asegurado, el Asegurador tomará a su cargo:

- los gastos de transporte del cuerpo, desde el lugar del fallecimiento al de su inhumación.
- los gastos de acondicionamiento necesarios para el transporte, con el límite máximo de 600 €.
- los gastos suplementarios del transporte de los miembros de su familia (cónyuge o pareja de hecho, ascendiente, descendiente, hermano/a) asegurada o de las personas acompañantes aseguradas, en la medida en que los medios inicialmente previstos para su regreso no puedan utilizarse con motivo de la repatriación del asegurado.

3. Atención a menores o discapacitados.

En caso de que el asegurado sea repatriado por el Asegurador y se encuentre acompañado sólo por hijos menores de edad o disminuidos, éste tomará a su cargo el desplazamiento de una persona que acompañe a dichos menores o disminuidos en su viaje de regreso.

En caso de que el Asegurador organice la repatriación de un menor de edad y este se encuentre solo, el Asegurador tomará a cargo los gastos de desplazamiento para que una persona se traslade junto al menor y le acompañe en su repatriación.

4. Gastos médicos.

El asegurador tomará a su cargo el pago o reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización originados, es decir los provocados y producidos por una asistencia médica de carácter urgente, durante un viaje fuera del país de residencia habitual y/o de nacionalidad del asegurado, hasta el límite máximo de 3.000 euros.

A los efectos de la presente cobertura, se entenderá como asistencia médica de carácter urgente, la encaminada a resolver situaciones clínicas de grave alteración, así como aquellas con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del asegurado, en todos los casos en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que exigen atención médica en un corto período de tiempo.

Quedan excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido previamente solicitadas al asegurador, o que hayan sido organizadas directamente por el asegurado sin intervención de aquél, salvo los supuestos de fuerza mayor o imposibilidad material, debidamente acreditada.

5. Transmisión de mensajes urgentes.

Derivados de las garantías contempladas en el presente contrato, que se emitan a través de la Central de Asistencia 24 horas, o que el asegurado realice directamente. Si el propio asegurado los transmite directamente, el Asegurador sólo se hará cargo de los gastos que se deriven de su emisión previa presentación por parte del asegurado de la factura y justificante de la urgencia del mensaje.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las siguientes prestaciones y actividades. Las exclusiones indicadas a continuación serán de aplicación a todas las coberturas indicadas anteriormente en la garantía de Asistencia/Repatriación.

- a) Las enfermedades, accidentes o fallecimientos producidos a consecuencia del consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, salvo que éstos hayan sido prescritos por un médico y se consuman de la forma indicada por el facultativo.
- b) Los actos dolosos, negligencias del asegurado, así como las lesiones auto intencionadas, el suicidio o intento de suicidio.
- c) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, declarada o no, motines, movimientos populares o de similar naturaleza, salvo que el asegurado haya sido sorprendido por el inicio del conflicto en el extranjero. En tal caso, las garantías del seguro cesarán a los 14 días de iniciado el conflicto.
- d) Los efectos producidos por una fuente de radioactividad, biológica o química.
- e) Los siniestros producidos por terremoto, maremoto, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, epidemias, cuarentena, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y actos de terrorismo.
- f) Quedan excluidas las actividades aeronáuticas. Asimismo se excluye la práctica de todo deporte a título profesional, remunerado o no remunerado, en competición o en entrenamientos preparatorios y las actividades de barranquismo, descenso de cañones, bungee jumping, montañismo, escalada, alpinismo, submarinismo, espeleología, puenting, así como otras similares de alto riesgo. También se excluyen las expediciones deportivas por mar, montaña o desierto.
- g) Accidentes por la práctica de esquí, ocurridos fuera de pistas o de zonas habilitadas.
- h) Viajes con fines terapéuticos.
- i) Búsqueda y rescate de personas en mar, montaña o zonas desérticas.
- j) En gastos de acondicionamiento del cadáver, se excluyen los de inhumación, ceremonia y pompas fúnebres.
- k) Los gastos ocasionados por una enfermedad o accidente de los que el asegurado no estaba restablecido en el momento del inicio de su viaje o en el momento de la continuación del mismo, según la garantía 1, o que a juicio del médico del Asegurador estuviese contraindicado con dicho

viaje.

- l) Aquellas repatriaciones o traslados producidos a consecuencia de enfermedades psíquicas que, según el criterio del equipo médico del Asegurador, requieran un ingreso en el hospital de destino inferior a 24 horas.

Para la cobertura de Gastos médicos, serán también de aplicación las siguientes exclusiones:

- m) Los controles de enfermedades previamente conocidas.
- n) Los gastos de cura termal, helioterapia o tratamiento estético.
- o) Gastos de prótesis, implantes y material ortopédico, los gastos de rehabilitación y fisioterapia.
- p) Gastos de vacunación, así como los de tipo odontológico.
- q) Gastos de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo
- r) Gastos de medicina preventiva.
- s) Los gastos que, según el equipo médico del Asegurador, estén contraindicados con la patología que presenta el asegurado.
- t) Los gastos médicos producidos a menos de 30 kilómetros del domicilio del asegurado (15 km en las islas).
- u) Gastos relativos a enfermedades crónicas o a alguna complicación del embarazo.
- v) Gastos producidos por tratamientos iniciados en el país de origen.
- w) Los gastos médicos relativos a cualquier tipo de enfermedad mental o desequilibrio psíquico.
- x) Los gastos producidos por alguna enfermedad preexistente, sea o no conocida por el asegurado.

Artº. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1-Personas no asegurables:

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

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

Para menores de 14 años, y salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, se excluye la cobertura de Fallecimiento, quedando sustituida por un importe en concepto de Gastos de Sepelio. Dicho importe será el indicado como capital de Fallecimiento, con un límite máximo en cualquier caso de 6.000 euros.

2-Riesgos excluidos:

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

- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.

- Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.

- Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.

- Suicidio o tentativa de suicidio.

- Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.

- Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin moto, paracaidismo y similares.

- Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.

- Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración

- Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.

- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.

- Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos. La práctica del boxeo, alpinismo, "puenting", deportes aeronáuticos y otros de similar riesgo. Accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica de pesca en alta mar o caza mayor, salvo pacto expreso en Condiciones Particulares de la póliza.

- Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones:

Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapeceistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.

- Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

- Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.

- 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 del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba 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 catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.

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.

- Siniestros producidos por causa de naturaleza

extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artº. 5º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

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

En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los

anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

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

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



CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 6º. 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, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y copia del último Testamento. 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.

-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 IV

Administración de la póliza

Artº. 7º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

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.

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.

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.

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. 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 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.

Artº. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

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

En este último caso, se fijará una prima provisional, que

tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

A cada vencimiento de la póliza se procederá a la actualización de las primas, incorporándose a las mismas los ajustes necesarios para garantizar la suficiencia de las tarifas. Asimismo, se aplicarán también los ajustes necesarios para constituir las provisiones técnicas que se adecuen a lo dispuesto en la normativa vigente sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Artº. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

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.

1. 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.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. 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.
4. 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 V

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 10º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

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**.

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

10º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El **Tomador del Seguro**, que **da respuesta al Cuestionario** de seguro para que pueda elaborar la póliza, **suscribe el contrato y paga las primas**.
2. El **Asegurado**, que tiene un **interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato**.
3. El **Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** que **garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro**. En adelante, se le denomina también "**la Compañía**".
4. Los **Coaseguradores**, Aseguradores que, junto con la Compañía, **asumen mancomunadamente el contrato**, sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. **Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías y primas**.
5. El **Acreeedor**, titular de un **derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los bienes asegurados**, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, **sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización**.
6. 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.

10º. 2. 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) La **póliza reúne**, en un solo documento, las **Condiciones Particulares** del Contrato de Seguro, que fijan los **datos propios e individuales** del contrato, **determinan su objeto y alcance** y recogen las **cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley**; y las **Condiciones Generales** del Contrato de Seguro, que tratan de los **derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato**.

Además pueden existir los **Suplementos**, que son **modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro**, cambiando las **Condiciones iniciales** cuantas veces sea necesario.

C) 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.

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

E) El **Tomador del Seguro debe pagar la primera prima**.

F) **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.

10º. 3. 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 Asegurador 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. El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

F) Igualmente ocurre cuando los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos a otras personas. Se ha de notar especialmente que el nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado.

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

10º. 4. 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, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) 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.

10º. 5. 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, cooperando al salvamento de personas y bienes.

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) Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

E) Los desacuerdos entre Peritos se solucionarán por el nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.

F) El dictamen de los Peritos será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial hecha por una de ellas.

G) Cuando el dictamen de los Peritos no sea impugnado judicialmente, el Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

H) Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

I) 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.

10º. 6. 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 o el Acreedor **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 o del Acreedor**.

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:

1. El Mediador de Seguros, **ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER S.L.** teléfono 942318282, e-mail aseguras@aseguras.es, o dirección postal **ATAULFO ARGENTA 27 BAJO, 39003 SANTANDER**.
2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.
Línea para Reclamaciones: 900 225 468

E) Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes

vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) 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.

G) Restricción por sanciones económicas internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

- Responsable** Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
- Finalidad** Contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro.
- Legitimación** Ejecución de un contrato.
- Destinatarios** Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo.
- Derechos** Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
- Procedencia** El interesado a través del mediador de seguros.
- Información adicional** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.allianz.es/privacidad-seguridad>

El contratante ha consentido expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios para la contratación del seguro, y adicionalmente consiente para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial.
SI
- Cesión a las demás entidades del GRUPO Allianz en España (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan ser de su interés.
NO
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada.
NO

CLÁUSULA FINAL

A petición del Tomador del Seguro el recibo de prima correspondiente al primer período será presentado al cobro en la Entidad de Crédito indicada en estas Condiciones. Se hace constar expresamente que sin el pago de ese primer recibo este documento carece de validez y la Póliza no se considerará formalizada.

El Tomador y/o asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de Allianz Accidentes Colectivo, que consta de 10 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados. Asimismo, el Tomador del Seguro declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, el tomador solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su aceptación y al pago de la prima.

Igualmente, el Tomador del Seguro declara que los datos que ha suministrado son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto

le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

Por último, el Tomador de Seguros declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulados en el Capítulo VII y Capítulo VI de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras respectivamente, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros.

Ambas partes consideran el texto del presente

contrato como un todo indivisible, así como que las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y/o Apéndices que se emitan, constituyen la Póliza no teniendo validez ni efecto por separado, otorgando, así, su pleno consentimiento en SANTANDER 3 Enero 2019.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
UNION DE GUARDIAS CIVILES UGC

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.





**Allianz Compañía de Seguros
y Reaseguros, S.A.**

Atención al Cliente
Tel. 902 300 186

www.allianz.es/eCliente



*Certificado de Calidad
en el diseño y contratación
de seguros y la gestión
de siniestros.*



Su mediador de seguros en Allianz

Allianz 

ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER S.L.
Corredor de Seguros. N^o DGS J2886

ATAULFO ARGENTA 27 BAJO
39003 SANTANDER
Tel: 942318282

aseguras@aseguras.es

Contigo de la A a la Z

Allianz 