

Términos y condiciones de la póliza de seguro de protección de pagos



El presente contrato de seguro se celebra entre el Asegurador, “Quantum Leben AG”, que actúa a través de su Agente de Suscripción, “One Underwriting, UAB” y el Tomador ENDESA X SERVICIOS S.L.

La presente póliza se ofrece a condición de que usted y cualquier persona asegurada por ella se comprometan a observar los términos y condiciones que se contemplan en la misma. En caso contrario, podremos reducir o rechazar sus reclamaciones o cancelar esta póliza de acuerdo con lo previsto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre (LCS).

ÍNDICE

Sección 1: Información general	3
TABLA RESUMEN DE LÍMITES, DEFICIENCIAS Y EXENCIONES	4
Sección 2: Información sobre la cobertura	5
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6
INCAPACIDAD TEMPORAL	6
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA	6
PÉRDIDA DE EMPLEO	7
HOSPITALIZACIÓN	8
Sección 3: Limitaciones y exclusiones	8
Sección 4: Aspectos contractuales	11
Sección 5: Gestión de Sinistros y Reclamaciones	15

1 Tratamiento de datos personales

El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)

Una de las principales preocupaciones del nuevo Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD) es la transparencia en el tratamiento de datos. Mediante el presente documento nos gustaría informarle sobre el tratamiento por nuestra parte de sus datos de carácter personal y de los derechos que le asisten en virtud de la ley en materia de protección de datos.

Nos preocupamos sobre sus datos personales

Quantum Leben AG es una compañía de seguros de vida autorizada y radicada en Vaduz (Principado de Liechtenstein) que ofrece productos y servicios de seguros a escala transfronteriza a través de su Agente de Suscripción, **One Underwriting, UAB**, Goštauto štr. 40B, Vilna, Lituania (en lo sucesivo, «nosotros», «nos» «nuestro»). La protección de su privacidad es una prioridad esencial para nosotros. En el presente aviso de privacidad se explica cómo y qué tipo de datos de carácter personal recabaremos, por qué motivo y a quién se podrán transmitir. Le rogamos que lea este aviso con atención.

Acceso a datos personales por parte de terceros

Sus datos personales no serán vendidos, entregados en arrendamiento o puestos a disposición de terceros de ninguna otra manera que no sea la que aquí se describe. Sus datos personales solo serán transmitidos a autoridades y organismos públicos de conformidad con lo previsto en las disposiciones legales de obligado cumplimiento.

El Tomador está obligado a informar y comunicar los datos personales de los beneficiarios al Corredor con el fin de dar cumplimiento a los términos del contrato de servicio.

Para mayor información sobre el Tratamiento de datos personales, lea el documento que contiene la Declaración de Privacidad.

2 Procedimiento para la resolución de discrepancias y reclamaciones de los intermediarios de seguros mediante acuerdo extrajudicial

Las reclamaciones relativas a la relación contractual o a la gestión de siniestros deberán enviarse por escrito, correo postal, fax o correo electrónico al departamento de Reclamaciones de la Compañía encargada de analizarlas en la siguiente dirección:

Aon Iberia
Rosario Pino , 14-16 | 28020
Madrid | España
T: +34 800 009 556
M: siniestros.colectivos@aon.es

Quantum Leben
Städtle 18
9490 Vaduz, Liechtenstein
T: +423 236 19 30
M: info@quantumleben.com

One Underwriting UAB
Goštauto štr. 40B
03163 Vilna, Lituania
T: +370 5 233 0000
M: info@oneunderwriting.lt

La Compañía se compromete a responder en el plazo de 45 días desde la recepción de la reclamación. En caso de que no quede satisfecho con nuestra respuesta o de responder demasiado tarde, puede ponerse en contacto con:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el P.º de la Castellana n.º 44, 28046 Madrid y con dirección de correo electrónico www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp

Dado que la Compañía está sujeta a la supervisión de las autoridades de Liechtenstein, el interesado también tiene derecho a contactar por escrito, acompañando la reclamación con la documentación correspondiente al siniestro gestionado por la Compañía a:

Autoridad de Supervisión del Mercado Financiero, Finanzmarktaufsicht Liechtenstein FL-9490 Vaduz
www.fma-li.li

3

Términos y condiciones del Contrato

Sección 1: Información general



PARTES CONTRATANTES

Asegurador:	Quantum Leben AG, Städtle 18 9490 Vaduz, Liechtenstein Que actúa a través de One Underwriting UAB (en lo sucesivo, el Asegurador, MGA o nosotros)
Corredor:	Aon Iberia, Rosario Pino , 14-16 28020 Madrid España
Tomador:	ENDESA X SERVICIOS S.L., Ribera del Loira 60 28042 Madrid España (en lo sucesivo, la Compañía)
Persona asegurada:	Persona particular con suscripción activa de los servicios del Tomador (en lo sucesivo, el Beneficiario / Asegurado / Usted/ Su)

Para una definición más detallada, véase «Partes contratantes y elegibilidad de la persona asegurada».



INFORMACIÓN CONTRACTUAL

La presente póliza de contrato de seguro se celebra entre el Asegurador y el Tomador (en lo sucesivo las Partes) en beneficio de las personas Aseguradas («en interés de los que tienen derecho») con arreglo al art. 7 de la LCS.



DISPOSICIONES GENERALES

La presente póliza se ofrece a condición de que usted y cualquier persona asegurada por ella se comprometan a observar los términos y condiciones que se contemplan en la misma. En caso contrario, podremos reducir o rechazar sus reclamaciones o cancelar la presente póliza de acuerdo con lo previsto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre.



PARTES CONTRATANTES Y ELEGIBILIDAD DE LA PERSONA ASEGURADAS

Persona asegurada: Aquella persona física residente en España que reúna los requisitos para poder ser asegurada que se contemplan en el presente documento.

Beneficiario: La persona perceptora de la indemnización prevista en el contrato de seguro.

Asegurador: Quantum Leben AG, con domicilio social en Städtle 18, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Sociedad autorizada a realizar la actividad de seguros con la que el Tomador contrata el seguro.

Tomador: ENDESA X SERVICIOS S.L.

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: Organismo supervisor de los seguros que supervisa la actividad de las compañías aseguradoras para proteger a los consumidores.

Trabajador autónomo: La persona física que haya presentado una declaración relativa al año anterior a los efectos de calcular el impuesto sobre la renta en la que se excluya la percepción de ingresos por empleo (véase la definición de empleado de una empresa pública o privada) y la jubilación. Asimismo, se consideran trabajadores autónomos aquellos que reciban ingresos por contratos de proyectos y colaboradores coordinados y continuados.

Empleado de empresas privadas: La persona física que desarrolle su actividad laboral en una empresa privada de la que sea empleado y cuyo contrato de trabajo, regulado por la legislación española, sea como mínimo de 16 horas semanales y en los 12 meses anteriores a la fecha en la que hubiera ocurrido el accidente hubiera estado trabajando continuamente. Una suspensión inferior a dos semanas no se considerará una interrupción de dicha continuidad en la relación laboral.

A modo de ejemplo, se consideran trabajadores de una empresa privada los siguientes: ejecutivos, mandos medios, empleados y trabajadores; miembros de cooperativas que perciban una nómina; trabajadores con contratos indefinidos o fijos; trabajadores temporales; trabajadores con un contrato en prácticas.

Empleado público: Persona física empleada por la Administración Pública, entendida como: Administraciones del Estado, incluidos institutos y escuelas de toda clase y nivel; entes autónomos y administraciones estatales; regiones, provincias y municipios; universidades; Cámaras de Comercio, Industria, Artesanía y Agricultura y sus respectivas asociaciones; sociedades y organismos pertenecientes al servicio nacional de salud.

No trabajadores: Personas físicas que no entren en ninguna de las anteriores categorías (autónomos, empleados de empresas privadas o empleados públicos).



CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El presente contrato de seguro solo dará cobertura a aquellas personas físicas que reúnan los criterios descritos a continuación:

- Residentes en España;
- Entre 18 y 65 años de edad para incapacidad permanente absoluta por accidente, incapacidad temporal y pérdida del Empleo,
- Entre 18 y 80 años de edad para fallecimiento por accidente y hospitalización;

Grupo de seguro: Seguro personal

Tipo de seguro: Fallecimiento y incapacidad por accidente

Objeto del seguro: Según los términos y condiciones del contrato de seguro

- Usuarios activos de los servicios Endesa X, que incluyen la presente póliza de regalo.
 - Titulares de contrato de suministro de electricidad / gas con una empresa comercializadora
- Las condiciones descritas en los apartados anteriores deberán cumplirse durante toda la vigencia del contrato de seguro.



CONTRATO DE SEGURO

Los siguientes documentos forman parte del Contrato de seguro:

Términos y Condiciones del Seguro: El conjunto de cláusulas que regulan el Contrato de seguro.

Declaración de privacidad: Documento que contiene la información sobre los principios y el uso de la protección de datos.

Formulario para la presentación de reclamaciones: Este es el documento que puede usarse para notificar siniestros. Contiene el listado de documentos que deberán entregarse durante la fase de reclamación.

Factura: el documento de facturación mediante el cual el proveedor del servicio (gas o electricidad) cobra cada mes o cada dos meses a sus clientes según su contrato en cada caso. Solo serán objeto de cobertura aquellas facturas cuyas condiciones de pago no hubieran concluido en el momento del accidente.



PERIODO CONTRACTUAL

Fecha de entrada en vigor de la cobertura del seguro: La fecha en la que podrá activarse la cobertura del seguro. La fecha de entrada en vigor está vinculada a la fecha efectiva de la contratación del servicio Endesa X.

Duración del contrato de seguro: La totalidad del periodo de validez del contrato de seguro.

Duración de la cobertura del seguro: El periodo de validez de la cobertura del seguro coincide con la duración del contrato de seguro.



RESUMEN DE COBERTURAS, CAPITALES Y LÍMITES

Cobertura	Elegibilidad	Pago único	Pago mensual de la indemnización*	Franquicia retroactiva	Periodo de carencia**	Periodo de carencia entre siniestros
Fallecimiento por accidente	Todos los asegurados	500 euros (960 euros; trabajadores autónomos)	-	No aplicable	No aplicable	No aplicable
Incapacidad Permanente Absoluta por accidente	Todos los asegurados	500 euros (960 euros; trabajadores autónomos)	-	No aplicable	No aplicable	No aplicable
Incapacidad temporal por accidente y enfermedad	Todos los asegurados	-	37,50 euros (80,00 euros mensuales para Autónomos)	30 días	30 días (solo por enfermedad)	30 días
Hospitalización por accidente y enfermedad	Todos los asegurados	-	37,50 euros (80,00 euros mensuales para Autónomos)	7 días	30 días (solo por enfermedad)	30 días (solo por enfermedad)
Pérdida de empleo	Empleados por cuenta ajena	-	37,50 euros mensuales	30 días	30 días	30 días

Para solicitar el pago de la indemnización, el cliente deberá presentar las correspondientes facturas de suministro eléctrico o gas, según el caso, contratado con Endesa Energía S.A.U. o Energía XXI Comercializadora de Referencia, S.L.U

Se admitirán un máximo de 12 facturas de suministro mensuales / 6 facturas bimestrales, por reclamación y año. En el caso de facturas mensuales, se cubrirá un importe máximo de 37,5€ (80€ para autónomos). En el caso de facturas bimestrales, se cubrirá un importe máximo de 75€ (160€ para autónomos).

Casuísticas:

- Si el cliente tiene contratado dos suministros (electricidad y gas), y un único servicio de Endesa X con seguro incluido, sólo podrá presentar las facturas de uno de los dos suministros.
- Si el cliente tiene contratados dos suministros (electricidad y gas), y dos servicios de Endesa X con seguro incluido, deberá solicitar sendas reclamaciones, una para las facturas de electricidad y otra para las de gas.



FRANQUICIA

La franquicia es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que una reclamación pueda considerarse cubierta. La duración de la franquicia se detalla en la tabla anterior (es decir, hospitalización 7 días; pérdida de empleo 30 días). El inicio del periodo de franquicia será el primer día en el que quede médicamente demostrado que se produjo la incidencia.



PERIODO DE CARENCIA

La indemnización no se abonará si la reclamación se produce en el plazo de 30 días desde la fecha efectiva de cobertura. Esta condición no se aplica a los tomadores con continuidad de cobertura y a reclamaciones por accidente.

**** El periodo de carencia no es aplicable a personas aseguradas que a fecha 1 de abril de 2021 tuvieran un contrato continuado ininterrumpido de Endesa X y de la cobertura de seguro asociada.**



PERIODO DE CARENCIA ENTRE SINIESTROS

Cuando se haya abonado una reclamación por incapacidad temporal u hospitalización como consecuencia de enfermedad o por pérdida del empleo, no se pagarán indemnizaciones por reclamaciones posteriores salvo en el caso de que durante el periodo entre la finalización del primer periodo de cobertura y el inicio del segundo periodo de cobertura, el asegurado hubiera vuelto a trabajar o a encargarse de sus asuntos familiares, domésticos o personales durante 30 días consecutivos.

Sección 2: Información sobre la cobertura

AVISO: La cobertura del seguro no se aplicará en caso de que el accidente tenga lugar durante la realización, incluso ocasional, de actuaciones laborales o prácticas deportivas de riesgo, o como consecuencia de dichas actividades, tal y como se indica en la Sección 3.

DEFINICIONES

Se entenderá por «Accidente» o «Accidental» el hecho dañoso debido a una causa fortuita violenta y externa que objetivamente produzca lesiones físicas comprobables. Los siguientes casos también tendrán la consideración de accidente:

- Asfixia no mórbida.
- Envenenamiento grave por ingestión o absorción de sustancias.
- Infección y envenenamiento causados por mordiscos de animales o por insectos y plantas, excepto malaria y enfermedades tropicales.
- Ahogamiento.
- Congelación.
- Insolación o golpe de calor.
- Lesiones musculares debidas a esfuerzo, con la exclusión de cualquier tipo de ataque al corazón y desgarros subcutáneos de los tendones.
- Hernias abdominales, con la exclusión de cualquier otra clase de hernia.
- Lesiones sufridas estando bajo los efectos de una enfermedad o en estado inconsciente.

Se entenderá por «Indemnización» el importe que el Asegurador deberá abonar en caso de siniestro.

Se entenderá por «Lesión» el daño causado al cuerpo de una persona como consecuencia de un Accidente.

Se entenderá por «Enfermedad» el deterioro de la salud física por una condición médica que:

- *Se inicie o se haya contraído y cuyos síntomas y signos físicos aparezcan por primera vez durante el Periodo Contractual.*
- *No fuera causada por un Accidente, y*
- *Requiera atención sanitaria y/o tratamiento por un médico.*

Se entenderá por «Incapacidad temporal» aquella condición causada por lesiones o enfermedad confirmada por un médico que expida una baja laboral por enfermedad y como consecuencia de la cual el Asegurado no pueda desempeñar su actividad laboral habitual ni hacer otro trabajo. La actividad laboral habitual la constituyen aquellas tareas que el Asegurado desarrollaba antes de que se produjera el hecho asegurado o cualquier otro trabajo que pudiera realizar en función de sus estudios, capacitación y habilidades.

Se entenderá por «Incapacidad permanente absoluta» la pérdida definitiva de la capacidad general por parte del Asegurado de llevar a cabo cualquier actividad laboral como consecuencia de las lesiones sufridas, con independencia de la profesión concreta que ejerciera. La prestación se concede cuando el grado de incapacidad reconocido sea superior al 65%. La incapacidad deberá haber sido causada por lesiones físicas, objetivamente constatable, con independencia de la voluntad del Asegurado.

Se entenderá por «Hospitalización» la situación de estancia hospitalaria ininterrumpida que requiera la permanencia en un centro hospitalario como consecuencia de lesiones o enfermedad, necesaria para realizar análisis y / o terapias que no puedan efectuarse en ambulatorios o centros de salud.



FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

COBERTURA EN CASO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

Cobertura de seguro válida para todos los Asegurados que reúnan los criterios de elegibilidad.

Sin perjuicio de las limitaciones y exclusiones que se describen en la Sección 3, el riesgo cubierto es el fallecimiento por accidente. En caso de Fallecimiento por Accidente del Asegurado durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurador abonará al Beneficiario una indemnización de 500,00 euros, o de 960,00 euros en el caso de los trabajadores autónomos.

INCOMPATIBILIDAD DE COBERTURAS

Las coberturas de seguro previstas operan de forma alternativa, sin que puedan combinarse entre sí. La indemnización que abone el Asegurador por una determinada cobertura nunca podrá acumularse con la indemnización correspondiente a otras coberturas. En particular:

- La indemnización del seguro de Fallecimiento por Accidente no podrá combinarse con la del seguro de Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente. Por lo tanto, si durante la evaluación de la reclamación por una incapacidad permanente absoluta por lesiones se produjera el fallecimiento, esta cobertura solo intervendrá en caso de que no sea de aplicación la incapacidad.
- La indemnización del seguro de Fallecimiento por accidente no podrá combinarse con el pago simultáneo de la prestación mensual prevista en el seguro de Incapacidad temporal.

Las indemnizaciones que ya se hubieran abonado se deducirán del importe de la indemnización total.



INCAPACIDAD TEMPORAL

COBERTURA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Cobertura de seguro válida para todos los Asegurados que reúnan los criterios de elegibilidad.

Se considerará que el hecho asegurado ha tenido lugar en aquella fecha en la que el Asegurado falte al trabajo debido a enfermedad o accidente.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en la Sección 3, el riesgo cubierto es la incapacidad temporal como consecuencia de un Accidente o Enfermedad del Asegurado.

La incapacidad temporal por dolor de espalda y/o patologías similares deberá demostrarse mediante pruebas radiológicas y clínicas.

El Asegurador establecerá el pago de una cantidad igual al importe de las facturas vencidas durante el periodo de incapacidad con un límite máximo de 37,50 EUR al mes (o bien 80,00 EUR para Autónomos) durante un periodo de 12 meses (si el suministro tiene facturación mensual), o hasta 75 EUR (160 EUR para Autónomos) cada dos meses durante doce meses (si el suministro tiene una facturación bimestral).. Una vez que haya transcurrido el periodo de carencia contractual, en caso de reclamación por Enfermedad, la indemnización solo se abonará si ya hubiera pasado el periodo de franquicia correspondiente de 30 días.

INCOMPATIBILIDAD DE COBERTURAS

Las coberturas previstas operan de forma alternativa y no podrán acumularse. La indemnización que abone el Asegurador por una determinada cobertura nunca podrá acumularse con la indemnización correspondiente a otras coberturas. Las indemnizaciones que ya se hubieran abonado se deducirán del importe total de la indemnización.

La presente garantía dejará de ser efectiva en caso de fallecimiento por accidente o por la resolución de una reclamación por Incapacidad permanente absoluta por Accidente.



INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

Cobertura de seguro válida para todos los Asegurados que reúnan los criterios de elegibilidad.

Sin perjuicio de las exclusiones y limitaciones descritas en la Sección 3, el riesgo cubierto es la incapacidad permanente absoluta en un grado superior al 65% causada por accidente. En los casos en los que se determine una invalidez permanente total del Asegurado superior al 65%, durante dos años desde la fecha en la que hubiera tenido lugar el accidente dentro del periodo contractual y con independencia de la profesión del Asegurado, el Asegurador garantiza el pago único de un importe total de 500,00 EUR, o de 960,00 EUR en el caso de trabajadores autónomos.

Si el hecho causante de la incapacidad tiene lugar estando el Asegurado jubilado y por lo tanto el criterio de reconocimiento de incapacidad permanente no es aplicable por lo que se refiere a su capacidad laboral, será de aplicación el criterio de «pérdida de autonomía» tal y como se define más adelante. Se reconocerá que el Asegurado tiene una incapacidad permanente absoluta en caso de que no pueda desarrollar como mínimo 4 de las 6 tareas cotidianas elementales de manera permanente y total, y necesite por lo tanto la asistencia constante de otra persona.

COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

Cobertura de seguro válida para todos los Asegurados que reúnan los criterios de elegibilidad.

Sin perjuicio de las exclusiones y limitaciones descritas en la Sección 3, el riesgo cubierto es la incapacidad permanente absoluta en un grado superior al 65% causada por accidente. En los casos en los que se determine una invalidez permanente total del Asegurado superior al 65%, durante dos años desde la fecha en la que hubiera tenido lugar el accidente dentro del periodo contractual y con independencia de la profesión del Asegurado, el Asegurador garantiza el pago único de un importe total de 500,00 EUR, o de 960,00 EUR en el caso de trabajadores autónomos.

Si el hecho causante de la incapacidad tiene lugar estando el Asegurado jubilado y por lo tanto el criterio de reconocimiento de incapacidad permanente no es aplicable por lo que se refiere a su capacidad laboral, será de aplicación el criterio de «pérdida de autonomía» tal y como se define más adelante. Se reconocerá que el Asegurado tiene una incapacidad permanente absoluta en caso de que no pueda desarrollar como mínimo 4 de las 6 tareas cotidianas elementales de manera permanente y total, y necesite por lo tanto la asistencia constante de otra persona.

Las tareas cotidianas elementales se definen del siguiente modo:

1. Lavarse: la capacidad de lavarse en la bañera o en la ducha, así como entrar y salir autónomamente de la bañera o de la ducha.
2. Vestirse y desnudarse: la capacidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse cualquier clase de prenda de vestir, incluso aparatos para dientes, miembros artificiales u otros aparatos de prótesis sin ayuda de otras personas.
3. Ir al baño y usarlo: la capacidad de mantener un nivel de higiene personal razonable, como lavarse, afeitarse, peinarse, etc.
4. Moverse: la capacidad de moverse de la cama a una silla o silla de ruedas y viceversa sin la ayuda de otra persona.
5. Continencia: la capacidad de controlar las funciones del organismo para mantener un nivel razonable de higiene personal.
6. Comer: la capacidad de alimentarse de forma autónoma, incluso con alimentos preparados por otras personas, y de beber sin la ayuda de terceros.

En caso de fallecimiento del Asegurado con anterioridad a la fecha límite para determinar las secuelas permanentes de la invalidez causada por un accidente o a la valoración forense de la compañía, por otros motivos distintos de aquellos que causaron la invalidez, los herederos del asegurado podrán demostrar la existencia del derecho a indemnización presentando la documentación adecuada para demostrar la estabilización de dichas secuelas.

El Asegurador se reserva el derecho de enviar a su cargo al Asegurado uno de sus colaboradores para una visita médica legal y / o de llevar a cabo investigaciones para comprobar la validez de la información aportada por ellos. El Asegurado, sus familiares y / o las personas facultadas deberán permitir la visita de los médicos del Asegurador y las investigaciones que éste considere necesarias a tales efectos, eximiendo de la obligación de secreto profesional a los médicos que visiten o traten al Asegurado.

El incumplimiento de estas obligaciones podrá dar lugar a la pérdida total o parcial del derecho a indemnización.

A los efectos de calcular el grado de invalidez permanente por lesiones, solo se tendrán en cuenta las consecuencias directas y exclusivas de la lesión que la hubiera causado.

Si en el momento del Accidente el Asegurado no se encontraba en perfectas condiciones físicas y de salud, solo serán tenidas en cuenta para la indemnización aquellas consecuencias que se hubieran producido de haber sido una persona físicamente intacta y sana.

INCOMPATIBILIDAD DE COBERTURAS

Las coberturas de seguro previstas operan de forma alternativa, sin que puedan combinarse entre sí. La indemnización que abone el Asegurador por una determinada cobertura nunca podrá acumularse con la indemnización correspondiente a otras coberturas. En particular:

- La indemnización del seguro por Incapacidad permanente absoluta como consecuencia de un accidente no podrá acumularse a la indemnización prevista en el seguro de Fallecimiento accidental.
- La indemnización prevista en el seguro de Incapacidad permanente absoluta por accidente no podrá acumularse al pago simultáneo de la prestación mensual del seguro de indemnización por Incapacidad temporal, cuando fuera el caso.

Las indemnizaciones que ya se hubieran abonado se deducirán del importe de la indemnización total.



PÉRDIDA DE EMPLEO

COBERTURA POR PÉRDIDA DE EMPLEO DEBIDO A CAUSA OBJETIVA JUSTIFICADA O MOVILIDAD

Cobertura del seguro válida para personas aseguradas que sean empleados por cuenta ajena.

Sin perjuicio de las exclusiones previstas en la Sección 3, el riesgo asegurado es la pérdida involuntaria del empleo debido a despido por «causa objetiva justificada» o por «movilidad» siempre y cuando se cumplan los supuestos especificados a continuación:

- a) el trabajador ha cesado en su actividad laboral normal y no está contratado para realizar otro trabajo de una duración mínima de 16 horas semanales que genere ingresos o ganancias;
- b) el trabajador está inscrito en el correspondiente registro en España o percibe una remuneración por movilidad;
- c) el trabajador no rechaza ofertas de trabajo injustificadamente.

El riesgo asegurado es el despido por «causa objetiva justificada» o por «movilidad».

Si el Asegurado está desempleado en el momento de la entrada en vigor del contrato de seguro, la cobertura tendrá efecto a los 30 días

desde el inicio del trabajo del Asegurado si su contrato de trabajo estuvo vigente ininterrumpidamente.

Se considera fecha de siniestro el último día de empleo efectivo del Asegurado.

La cobertura por desempleo no se aplicará:

- Si el Asegurado perdió el trabajo o tuvo conocimiento de que dicha pérdida se iba a producir cuando la cobertura por desempleo todavía no había entrado en vigor.
- Cuando el lugar de residencia permanente del Asegurado no esté en España.

Situación de desempleo o movilidad: La situación laboral de aquellos empleados de empresas privadas que se encuentren inscritos en las listas de desempleo o movilidad en la oficina de empleo y que reciban la correspondiente prestación. Durante el periodo de desempleo o movilidad el trabajador no podrá realizar ninguna actividad laboral.

La cobertura del seguro en caso de pérdida del empleo está sujeta a una franquicia de 30 días. El periodo de franquicia empezará el primer día de inactividad que figure en la carta de despido. La indemnización será igual al importe de las facturas de electricidad y /o gas vencidas durante el periodo de desempleo hasta un máximo de 37,50 EUR (80 EUR para Autónomos) al mes durante doce meses (si el suministro tiene facturación mensual), o hasta 75 EUR (160 EUR para Autónomos) cada dos meses durante doce meses (si el suministro tiene una facturación bimestral).

INCOMPATIBILIDAD DE COBERTURAS

Las coberturas del seguro previstas operan de forma alternativa, sin que puedan combinarse entre sí. La indemnización que abone el Asegurador por una determinada cobertura nunca podrá acumularse con la indemnización correspondiente a otras coberturas.



HOSPITALIZACIÓN

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Cobertura de seguro válida para todos los Asegurados que reúnan los criterios de elegibilidad.

Sin perjuicio de las exclusiones previstas en la Sección 3, el riesgo cubierto es la hospitalización por accidente o enfermedad que sea necesaria para realizar los análisis y/o terapias que no puedan hacerse en los centros de salud.

En caso de que el Asegurado sea un Empleado público o No trabajador, el Asegurador liquidará el pago de una cantidad igual al importe de las facturas de electricidad y /o gas vencidas durante el tiempo de hospitalización hasta un máximo de 37,50 EUR mensuales (o bien 80,00 EUR para autónomos) durante 12 meses (si el suministro tiene facturación mensual), o hasta 75 EUR (160 EUR para Autónomos) cada dos meses durante doce meses (si el suministro tiene una facturación bimestral). En caso de reclamación por enfermedad, una vez que haya transcurrido el periodo de carencia contractual, la indemnización solo se abonará si ya hubiera pasado el correspondiente periodo de franquicia de 7 días.

INCOMPATIBILIDAD DE COBERTURAS

Las coberturas previstas operan de forma alternativa y no podrán acumularse. La indemnización que abone el Asegurador por una determinada cobertura nunca podrá acumularse con la indemnización correspondiente a otras coberturas. Las indemnizaciones que ya se hubieran abonado se deducirán del importe de la indemnización total.

La presente garantía dejará de ser efectiva en caso de Fallecimiento por Accidente o por la resolución de una reclamación por Incapacidad permanente absoluta por Accidente.

Sección 3: Limitaciones y exclusiones

LIMITACIONES DE LA COBERTURA

Exclusiones: A continuación se muestra el Listado completo de los riesgos excluidos o limitaciones de la cobertura del seguro:

Periodo de franquicia: Periodo tras el acaecimiento del evento asegurado en el que la parte de los daños sufridos y la indemnización corren íntegramente por cuenta de la persona Asegurada y que solo en caso de ser superiores darán derecho a percibir la Indemnización. El periodo de franquicia siempre se deducirá del importe de la indemnización que se abone.

Franquicia retroactiva: Periodo tras el acaecimiento del evento asegurado en el que la parte de los daños sufridos y la indemnización corren íntegramente por cuenta de la persona Asegurada y que solo en caso de ser superiores darán derecho a percibir la Indemnización. El periodo de franquicia no se deducirá del importe de la indemnización que se abone si es superior.

Ejemplo: Incapacidad temporal por enfermedad de 35 días de duración.

a) Si la franquicia no es retroactiva, la indemnización se calculará por un periodo de 35 días de incapacidad laboral menos 30 días de franquicia = 5 días cubiertos.

b) Si la franquicia es retroactiva, la indemnización se calculará por 35 días de incapacidad laboral = 35 días cubiertos.

Periodo de carencia entre siniestros: El periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha en la que termina el periodo de Incapacidad

temporal, Hospitalización o situación de desempleo o movilidad, que pueda liquidarse según la póliza y el informe relativo a una reclamación posterior por los mismos hechos.

EXCLUSIONES

Las coberturas de Fallecimiento por Accidente, Incapacidad permanente absoluta por Accidente, Incapacidad temporal y Hospitalización no serán válidas en los siguientes casos:

1. Incapacidad, malformaciones o lesiones diagnosticadas que hubieran tenido lugar antes de la fecha efectiva de cobertura y patologías que el Asegurado se hubiera diagnosticado y que este conociera con anterioridad a dicha fecha, así como sus consecuencias directas o indirectas.
2. Accidente aéreo, en caso de que el Asegurado viaje en una aeronave no autorizada para volar o cuyo piloto carezca de la licencia adecuada, y en todo caso cuando el Asegurado viaje en calidad de miembro de la tripulación.
3. Accidentes aéreos causados por maniobras acrobáticas, demostraciones, competiciones para obtener récords o intentos de batir récords, vuelos de prueba, en prácticas o paracaidismo (que no se justifique por una situación de peligro).
4. La estancia en países considerados de riesgo y a los que el Ministerio de Asuntos Exteriores hubiera desaconsejado viajar por los motivos que fuere. Dichas recomendaciones pueden encontrarse en la página web: <http://www.exteriores.gob.es/portal/es/serviciosalciudadano/sivviajasaextranjero/paginas/recomendacionesdeviaje.aspx>
5. Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
6. Conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
7. La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
8. Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
9. Los riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
10. La participación activa del Asegurado en delitos dolosos, huelgas, disturbios, actos de terrorismo y revoluciones.
11. Contaminación biológica y/o química directa o indirectamente relacionada con actos de terrorismo.
12. Mala conducta deliberada del Asegurado y/o del Beneficiario.
13. El manejo de aeronaves, la conducción de vehículos o embarcaciones a motor sin disponer de las licencias necesarias.
14. Infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otros síndromes relacionados o patologías similares.
15. Sinistros causados intencionadamente por el Asegurado y /o el Beneficiario.
16. Sinistros causados por el abuso del alcohol, psicofármacos, medicamentos o alucinógenos por parte del Asegurado, salvo cuando el uso de psicofármacos, narcóticos o alucinógenos haya sido prescrito por motivos terapéuticos y siempre que dicha prescripción no pueda vincularse a situaciones de dependencia.
17. Sinistros causados por el uso o abuso de medicamentos en dosis no prescritas por un médico.
18. Las consecuencias de la práctica de cualquier actividad deportiva a nivel profesional (independientemente de que esté o no remunerada) excepto la participación en competiciones o pruebas relacionadas con ellas, de carácter recreativo y competiciones de la empresa o entre empresas.
19. Accidentes producidos durante o, en cualquier caso, como consecuencia de la práctica (incluso ocasional) de alguno de los deportes de riesgo y/o de las actividades laborales que se describen en el artículo «EXCLUSIONES DERIVADAS DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DE RIESGO».
20. La fabricación y/o el uso de explosivos.

ASIMISMO, LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO NO SERÁ EFECTIVA EN EL SIGUIENTE CASO:

21. Suicidio e intentos de suicidio en los términos previstos por la legislación vigente.

LA COBERTURA DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y LA HOSPITALIZACIÓN TAMPOCO SERÁ VÁLIDA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

22. Intervenciones quirúrgicas, análisis, atención sanitaria o tratamientos estéticos que no sean necesarios para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad del Asegurado.
23. Dolor de espalda y patologías similares salvo que estén demostradas por pruebas radiológicas y clínicas que den lugar a una situación de incapacidad.
24. Autolesiones por parte del Asegurado voluntarias o imputables a un estado de incapacidad de entendimiento o volitiva.
25. Reclamaciones causadas por enfermedad mental, desórdenes psíquicos en general, incluidas las formas maniaco-depresivas de estados paranoides.

26. Las transformaciones o ajustes energéticos del átomo, naturales o causadas por aceleraciones de las partículas atómicas, (fisión y fusión nuclear, isótopos radioactivos, máquinas aceleradoras de partículas, rayos X).
27. Embarazo y parto, aborto (espontáneo o inducido) o complicaciones derivadas de tales situaciones (exclusión solamente válida para la cobertura de Incapacidad temporal y Hospitalización).

LA COBERTURA DE PÉRDIDA DE EMPLEO NO SERÁ OPERATIVA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

28. Cuando el asegurado no haya trabajado continuamente en los doce meses anteriores a la fecha en la que se hubiera producido el accidente. La suspensión inferior a dos semanas no se considerará una interrupción de la relación laboral.
29. Cuando el contrato laboral del Asegurado contemple menos de 16 horas de trabajo semanales.
30. Cuando el despido se deba a una causa justificada, causa subjetiva justificada o bien a motivos disciplinarios o profesionales.
31. Dimisión
32. Si el asegurado está en edad de jubilación o en proceso de prejubilación.
33. El Asegurado percibe el Subsidio de Desempleo de la Construcción Ordinario o Extraordinario (incluso como excepción) u otras ayudas sociales.
34. El contrato de trabajo no se rige por la legislación española.
35. El Asegurado es despedido por el mismo empleador que le había enviado la notificación de despido en los doce meses anteriores al inicio de la cobertura del seguro, una notificación escrita en la que se le identificaba como trabajador sujeto a un procedimiento de movilidad laboral o despido o conoce circunstancias objetivas que sugieren una inminente situación de desempleo.
36. En el momento de producirse el evento, el Asegurado estaba en periodo de pruebas.
37. Cuando el desempleo sea un evento programado basado en la naturaleza de una relación laboral subordinada a tiempo determinado según el contrato de trabajo o cuando, en cualquier caso, sea consecuencia de la terminación del contrato.
38. La terminación de la relación laboral, incluso por mutuo acuerdo de las partes, motivada por la reestructuración de la empresa que contempla el acompañamiento a la jubilación.
39. El Asegurado no se presenta en su puesto de trabajo debido a una condena penal

EXCLUSIONES DERIVADAS DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE RIESGO

- c) Esquí fuera de pista y snowboard, esquí acrobático y / o extremo, saltos de trampolín con esquís y esquís acuáticos, esquí acuático y skiathlon.
- d) Bobsled, skeleton, montañismo, escalada en bloque (o boulder), combinada nórdica, excursiones alpinas superiores a 3.000 metros, skyrunning, acceso a glaciares, rafting, barranquismo, hydrospeed, kayak, canoa, espeleología deportiva.
- e) Deportes aéreos en general, como por ejemplo: conducción remota de drones, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligeros, helicóptero y planeador.
- f) Submarinismo, caza, safari, deportes ecuestres, toreo.
- g) Participación en competiciones (y en los entrenamientos para las mismas) así como pruebas con vehículos de motor.
- h) Motonáutica (competiciones off-shore, hovercraft, vela), navegación a una distancia superior a 60 millas de la costa.
- i) Competiciones de ciclismo.
- j) Kickboxing, boxeo, savate, lucha en sus diversas formas, atletismo de fuerza, rugby y fútbol americano.
- k) Otros deportes que suelen denominarse «extremos».

EXCLUSIONES DERIVADAS DE ACTIVIDADES LABORALES PELIGROSAS

- l) Fuerzas armadas (militares, carabinieri), policías, bomberos, (salvo cuando el trabajo se realice exclusivamente a nivel administrativo en oficinas).
- m) Oficiales de la seguridad y el orden públicos, guardias de seguridad, guardaespaldas, agentes de rescate en montaña.
- n) Trabajos en tejados y andamios de más de 20 metros de altura (albañiles, antenistas, electricistas en torres de tendido eléctrico o en instalaciones de alto voltaje, pintores de edificios, metalistas, limpiacristales, instaladores de cartelería, instaladores de postes eléctricos, teleféricos, líneas eléctricas aéreas, terrazas, mezcladores de cemento, podadores).
- o) Carpinteros metálicos.
- p) Actividades en puertos o embarcaciones (marineros, capitanes, pescadores, electricistas, maquinistas y operadores portuarios).
- q) Actividades en plataformas marinas y petrolíferas.
- r) Actividades que impliquen el uso de altos hornos.
- s) Actividades que impliquen el uso de funiculares.
- t) Actividades en contacto con sustancias tóxicas o peligrosas.
- u) Actividades en contacto con explosivos (mineros, trabajadores en arsenales, trabajadores del sector pirotécnico).

- v) Actividades de radiología, bacteriología o en los departamentos de enfermedades infecciosas.
- w) Actividades en contacto con corriente eléctrica superior a los 380 V.
- x) Actividades que impliquen el uso de vehículos para el transporte de materiales peligrosos (inflamables, tóxicos, explosivos, corrosivos o radioactivos).
- y) Actividades que requieran el uso de armas (como cazadores profesionales).
- z) Actividades submarinas (buceadores, instructores de buceo).
- aa) Actividades que impliquen excavaciones.
- bb) Actividades que impliquen estancias prolongadas en países en riesgo de guerra o terrorismo (diplomáticos, periodistas, fotógrafos o cámaras, guías turísticos).
- cc) Actividades bajo tierra (espeleólogos, mineros).
- dd) Actividades de alta montaña (guías alpinos).
- ee) Trabajadores en el sector de los hidrocarburos.
- ff) Probadores de vehículos de motor y motocicletas.
- gg) Pilotos y miembros de la tripulación de vuelos chárter (con menos de 30 asientos) y/o personas, helicópteros, instructores de vuelo. Conductores profesionales (competiciones automovilísticas, deportes de motor, etc.) circo, atracciones de ferias.
- hh) Actores o artistas que realicen actividades peligrosas (especialistas)

Sección 4: Aspectos contractuales

El Tomador celebra el presente contrato de seguro a favor de sus clientes que hayan contratado los servicios de Endesa X que incluyen este seguro de forma gratuita.

Por consiguiente las presentes condiciones regulan la relación contractual entre el Tomador, las Personas Aseguradas y el Asegurador. Para todo aquello que no estuviera expresamente contemplado en la presente póliza se aplicará la legislación correspondiente.

El régimen de reclamaciones será el que se contempla en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y otras disposiciones relacionadas.

COBERTURA DEL SEGURO

QUÉ SE PUEDE ASEGURAR

El Asegurador garantiza la cobertura a las Personas Aseguradas de acuerdo con las limitaciones y condiciones que se indican a continuación. Coberturas que se contemplan:

- Fallecimiento por accidente.
- Incapacidad permanente absoluta por Accidente.
- Incapacidad temporal por Accidente o Enfermedad.
- Pérdida de empleo.
- Hospitalización.

Las prestaciones de la cobertura del seguro se describen detalladamente en la Sección 2, mientras que las exclusiones a las mismas se establecen en la Sección 3 de las presentes condiciones.



COBERTURA DEL SEGURO

CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO

Las declaraciones de la Persona Asegurada deberán ser veraces, precisas y completas. Las declaraciones inexactas o las reticencias en cuanto a las circunstancias que afecten a la valoración del riesgo del Asegurador podrán dar lugar a la pérdida total o parcial del derecho a percibir la indemnización, así como a la rescisión del contrato de seguro.

Dichas consecuencias se producirán cuando las declaraciones inexactas y/o las reticencias relativas a dichas circunstancias, hubieran impedido al Asegurador dar su consentimiento a la celebración del contrato de seguro o no lo hubiera dado con las mismas condiciones, de haber sabido la verdadera situación.

OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL TOMADOR

El Tomador se compromete a permitir que todas aquellas personas que cumplan los requisitos previstos en los criterios de Elegibilidad según se definen en la Sección 1 del presente documento queden cubiertas por este seguro.

BENEFICIARIOS

BENEFICIARI

Los Beneficiarios de la persona asegurada podrán reclamar la cobertura por Fallecimiento por Accidente. Los Beneficiarios serán los herederos que, en caso de no designación expresa por el Asegurado, tendrán derecho a la prestación:

- Cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes.
- Hijos o Descendientes.
- Padres o Ascendientes.
- Herederos legales.

El Asegurado en cualquier momento podrá revocar o modificar esta disposición indicando asimismo el Tercero Referente que determine, enviando una notificación por correo certificado con acuse de recibo o por correo electrónico a las siguientes direcciones:

Aon Iberia
Rosario Pino , 14-16 | 28020 Madrid | España
T: (34) 91 340 50 00
M: siniestros.colectivos@aon.es

Por lo general, la designación del Beneficiario también será efectiva aunque se determine solo de forma genérica siempre que se pueda identificar con certeza. Por determinadas necesidades de confidencialidad, el Asegurado asimismo podrá indicar a otra persona distinta del Beneficiario como contacto, a la que el Asegurador podrá dirigirse en caso de fallecimiento.

AVISO: En caso de que no se faciliten los datos para identificar al Beneficiario o a la otra persona de contacto, podría resultar muy complicada su identificación y búsqueda. La comunicación del nombramiento y revocación o la modificación del Beneficiario, con independencia de la forma en que se realice, incluso por testamento, constituye un acto unilateral y como tal no será oponible hasta que se haya comunicado dicho nombramiento, revocación o modificación del Beneficiario.

El Beneficiario deberá presentar la documentación necesaria para demostrar su identidad. El Beneficiario de la otra cobertura del seguro es el Asegurado mismo.

PRIMAS

PAGO DE LA PRIMA

El Tomador abonará íntegramente el importe de la prima. El pago de la prima y los criterios de elegibilidad son responsabilidad del Tomador del seguro.

DURACIÓN

DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La duración del contrato de seguro será la misma del contrato de servicio suscrito entre el Asegurado y Endesa X, salvo rescisión ejercida de acuerdo con los términos y las formas que las Partes determinen.

INICIO

VALIDEZ Y VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro empezará a ser efectiva a partir de la medianoche del primer día siguiente a la fecha de activación del servicio Endesa X.

La cobertura asegurada será válida hasta la medianoche del día en que finalice el servicio de Endesa X, salvo pacto en contrario de las Partes, pero en cualquier caso no podrá prolongarse más allá del periodo del contrato de seguro.

TERMINACIÓN

DURACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro terminará:

- En caso de que el Cliente desista o dé por finalizado el contrato estipulado con Endesa y por el cual se presta el servicio.
- En caso de que no concurran los requisitos para conceder la cobertura.
- En caso de fallecimiento o liquidación de un siniestro por Incapacidad permanente absoluta del Asegurado.
- En caso de rescisión del presente contrato de seguro por las Partes.
- En caso de terminación anticipada del contrato entre la Compañía y el cliente por el motivo que fuere.
- En caso de cambios legislativos o reglamentarios que no permitan conceder la cobertura del seguro.

INCUMPLIMIENTO**PÉRDIDA DE LOS REQUISITOS DEL SEGURO**

La pérdida de estos requisitos determina la terminación automática de la cobertura del seguro contratado. A partir de ese momento el Asegurador no admitirá ninguna reclamación excepto cuando el evento asegurado hubiera tenido lugar con anterioridad a la pérdida de los requisitos del seguro.

NO NOTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LOS REQUISITOS DEL SEGURO

A los efectos de la liquidación, se realizarán comprobaciones previas de la concurrencia de los requisitos del seguro. Si se determinara su inexistencia, la reclamación será rechazada incluso aunque su pérdida no se hubiera comunicado inmediatamente.

VALIDEZ TERRITORIAL**VALIDEZ TERRITORIAL**

Sin perjuicio de las exclusiones previstas en la Sección 3, la cobertura del seguro será válida en todo el mundo, siempre que la correspondiente documentación sanitaria esté certificada por un médico que desempeñe su profesión en España.

COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

Los siniestros deberán comunicarse por escrito inmediatamente por el Asegurado o sus herederos. Para más detalles, véase la Sección 5.

DERECHOS DE SUBROGACIÓN**RENUNCIA AL DERECHO DE SUBROGACIÓN**

El Asegurador renuncia al derecho de subrogación de personas Aseguradas.

PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS**PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO**

Los derechos expirarán transcurrido el plazo habitual de prescripción de dos años desde el momento en que tuviera lugar el hecho en el cual se fundamentan.

JURISDICCIÓN**REFERENCIA A LA NORMATIVA LEGAL**

Para todo aquello que no esté regulado en el presente contrato, se aplicarán las normas legales pertinentes.

CLÁUSULA LIBERATORIA**CLÁUSULA LIBERATORIA**

El Asegurado libera de la obligación de mantener el secreto profesional en relación con los siniestros cubiertos por el contrato de seguro a los médicos que lo hubieran visitado o tratado en nombre del Asegurador, como parte de la investigación del siniestro, a los cuales, incluso después de haberse producido el evento, el Beneficiario o el Asegurador tengan la intención de contactar, autorizándoles expresamente e invitándoles a facilitar cualquier información, certificados y documentación relevantes.

RECLAMACIONES**RECLAMACIONES**

Las reclamaciones relativas a la relación contractual o gestión de siniestros deberán enviarse por escrito, por correo postal, fax o correo electrónico al departamento de Reclamaciones de la compañía encargada de analizarlas en la siguiente dirección: siniestros.colectivos@aon.es

La compañía se compromete a responder en el plazo de 45 días desde la recepción de la reclamación. En caso de que no quede satisfecho con nuestra respuesta o de responder demasiado tarde, puede ponerse en contacto con:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana n.º 44, 28046 Madrid. Teléfono: 952 24 99 82

LEGISLACIÓN APLICABLE**MEDIACIÓN Y JURISDICCIÓN**

El presente contrato de seguro está sujeto a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y sus reglamentos de desarrollo, así como a lo pactado en las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza y demás documentos contractuales y por las normas que en el futuro puedan modificar las normas actualmente vigentes.

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

- 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.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

Resumen de las Normas Legales

Acontecimientos Extraordinarios Cubiertos

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- Riesgos Excluidos
- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- 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.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- 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.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de <<catástrofe o calamidad nacional>>.

Extensión de la Cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos 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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de Actuación en caso de Siniestro

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad

aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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.

Sección 5: Siniestros



TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

AVISO: LA CONDICIÓN PARA PODER PERCIBIR LAS PRESTACIONES ES ESTAR AL CORRIENTE DE PAGO DE LAS FACTURAS CON VENCIMIENTO ANTERIOR A LA FECHA DEL SINIESTRO.

COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

Los siniestros deberán notificarse inmediatamente.

Las denuncias de Accidentes y la documentación correspondiente para su determinación deberán enviarse por correo postal o correo electrónico a las siguientes direcciones:

- Calle Rosario Pino , 14-16 | 28020 Madrid | España
- M: siniestros.colectivos@aon.es

Asimismo, los herederos designados del Asegurado deberán colaborar para permitir que se lleven a cabo las investigaciones necesarias y que se consideren indispensables para la prestación de los servicios contemplados en la presente Póliza. En caso de Accidente fuera de las fronteras españolas, un médico español deberá certificar la documentación sanitaria correspondiente.

En caso de no designación expresa de herederos, tendrán derecho a la prestación:

- Cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes.
- Hijos o Descendientes.
- Padres o Ascendientes.
- Herederos legales.

AVISO:

En caso de no respetar los procedimientos de liquidación podrá perderse total o parcialmente el derecho a indemnización.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

A los efectos de la correcta valoración del siniestro, será necesario presentar la siguiente documentación.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE:

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ENTREGARSE EN TODOS LOS CASOS:

- Certificado de defunción
- Autopsia
- Fotocopia del D.N.I. del Asegurado
- D.N.I. de los Beneficiarios
- Acreditación de los beneficiarios: libro de familia, testamento y declaración de herederos.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

1) En caso de fallecimiento causado por un accidente:

Copia del permiso de conducir (solo en caso de accidente de carretera).

Copia del informe de la autopsia y de las investigaciones toxicológicas correspondientes (solo en caso de accidente de carretera en el que el Asegurado fuera el conductor del vehículo).

Copia del informe expedido por las autoridades.

Copia del atestado de tráfico

2) En caso de que el fallecimiento se produzca en el hospital:

Certificado del médico que determinó el deceso e indicó sus causas o copia del informe médico.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA por accidente:

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ENTREGARSE EN TODOS LOS CASOS:

- D.N.I. del Asegurado.
- Dictamen y/o Propuesta y Resolución con su correspondiente fecha, expedida por el I.N.S.S, por el órgano Jurisdiccional o cualesquiera otro que resulte competente, acreditativa de la Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual/Absoluta para cualquier profesión u oficio/Gran Invalidez (señalar la que corresponda).

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- 1) Cuando la Incapacidad permanente absoluta se deba a un accidente de carretera en el que el Asegurado era el conductor del vehículo:
 - Copia del permiso de conducir (solo en caso de accidente de carretera).
 - Copia del informe y de las investigaciones toxicológicas correspondientes (solo en caso de accidente de carretera en el que el Asegurado fuera el conductor del vehículo).
 - Copia del informe expedido por las autoridades.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ENTREGARSE EN TODOS LOS CASOS:

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento que certifique la categoría a la que pertenece el Asegurado que no sea la de empleado de una empresa privada. Copia de los certificados médicos que demuestren el periodo de incapacidad continuada para trabajar hasta la fecha del alta.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- 1) Cuando la incapacidad temporal se deba a un accidente:
 - Copia del permiso de conducir (solo en caso de accidente de carretera).
 - Copia del informe y de las investigaciones toxicológicas correspondientes (solo en caso de accidente de carretera en el que el Asegurado fuera el conductor del vehículo).
 - Copia del informe expedido por las autoridades.
 - Copia del atestado policial
- 2) Cuando la incapacidad temporal se deba a una enfermedad:
 - Copia de los informes médicos o de la documentación médica relativa a la incapacidad temporal.

HOSPITALIZACIÓN

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ENTREGARSE EN TODOS LOS CASOS:

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia del documento de ingreso en el hospital.
- Informe de alta indicando cuál fue el motivo del ingreso hospitalario.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- 1) En caso de hospitalización por accidente:
 - Copia del permiso de conducir (solo en caso de accidente de carretera).
 - Copia del informe y de las investigaciones toxicológicas correspondientes (solo en caso de accidente de carretera en el que el Asegurado fuera el conductor del vehículo).
 - Copia del informe expedido por las autoridades. Copia del atestado de primeros auxilios.
- 2) En caso de hospitalización por enfermedad:
 - Copia de los informes médicos o de la documentación médica relativa al ingreso hospitalario.

PÉRDIDA DE EMPLEO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ENTREGARSE EN TODOS LOS CASOS:

- D.N.I. del Asegurado.
- Copia de la carta de despido indicando los motivos del mismo.
- Copia de las dos últimas nóminas y del contrato de trabajo.
- Copia del certificado de inscripción en la Oficina de Empleo.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

Copia del pago de la prestación por desempleo.

AVISO: En caso de que se detecte alguna irregularidad o deficiencia en la documentación aportada, el Asegurador se reserva el derecho de requerir que se vuelva a presentar de nuevo o que se aporte la documentación adecuada que falte.

AVISO: En caso de Fallecimiento del Asegurado anterior a la fecha límite para determinar las secuelas permanentes de la invalidez

por Accidente o para la valoración médico-legal del Asegurador por otros motivos que no sean los que causaron la invalidez, los herederos de la persona Asegurada podrán demostrar la existencia del derecho a percibir la indemnización aportando la documentación adecuada para determinar la estabilización de dichas secuelas.

AVISO: El Asegurado y/o sus sucesores en el título deberán permitir al Asegurador que lleve a cabo las valoraciones pertinentes.

El Asegurado y/o sus Beneficiarios en el título podrán solicitar información relativa a la situación en la que se encuentra su reclamación llamando al: 800 00 95 56.

MÉTODO PARA LA LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES

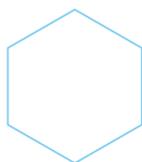
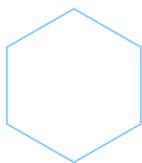
De conformidad con el contrato de seguro, las indemnizaciones se abonarán directamente al Beneficiario de los servicios.

ABONO DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Tras presentar una reclamación por alguno de los hechos cubiertos por el contrato de seguro que sea elegible para percibir una indemnización, el Asegurador abonará los importes correspondientes en el plazo máximo de 30 días desde la recepción de la documentación completa, o desde la valoración que realice el Asegurador en aquellos casos en que esté prevista.

AVISO:

Las solicitudes de indemnización incompletas podrán dar lugar a que se prolonguen los plazos para el pago.



El presente contrato de seguro está sujeto a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y sus reglamentos de desarrollo, así como a lo pactado en las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza y demás documentos contractuales y por las normas que en el futuro puedan modificar las normas actualmente vigentes.

