

**TOMADOR DEL SEGURO**

UNIVERSIDAD DE ALCALA DE HENARES  
N.I.F.: Q2818018J  
PLAZA SAN DIEGO S/N  
28801 ALCALA DE HENARES , MADRID

**FECHA EFECTO PÓLIZA**

12 HORAS DEL DÍA 1 DE NOVIEMBRE DE 2013

**DURACIÓN**

ANUAL PRORROGABLE

**FECHA DE VENCIMIENTO**

EL DÍA 1 DE NOVIEMBRE DE CADA AÑO

**MONEDA**

EUROS

**PRIMA NETA ANUAL**

5.056,00

**FORMA DE PAGO**

ANUAL

**DESGLOSE DEL RECIBO**

VALORACIÓN DESDE: 01-11-2013 HASTA: 01-11-2014

PRIMA NETA	5.056,00
CONSORCIO	40,00
TRIBUTOS	7,58
IMPUESTO PRIMAS SEGURO	303,36
IMPORTE TOTAL	5.406,94

**SUCURSAL DE SERVICIO  
Y LUGAR PARA EL PAGO  
DE LA PRIMA**

ALCALA DE HENARES TELEF. 918834277  
CALLE VIA COMPLUTENSE NUM:42,PISO:BAJO FAX 918890485  
28805 ALCALA DE HENARES , MADRID

**AGENTE EXCLUSIVO**

GEMMA MORENO SOMOLINOS

**ASEGURADO****DESCRIPCION RIESGO  
Nº ASEG. INNOMINADOS**1.000 Estudiantes/becarios de la Universidad de Alcalá de Henares  
1.000**GARANTÍAS Y CAPITALS  
ASEGURADOS**

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	8.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	8.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	8.000,00
ASISTENCIA SANITARIA	

**ESPECIFICACIONES****OBJETO DEL SEGURO**

Serán objeto de cobertura los accidentes que sufran los asegurados durante el curso universitario, tanto en el interior como en el exterior del recinto docente, siempre que estas actividades estén organizadas por la propia Universidad.

Al propio tiempo quedan garantizados por la presente póliza los accidentes de circulación que puedan sufrir en los desplazamientos desde sus domicilios particulares al centro docente y viceversa, ya sean a pie o empleando otros medios normales de locomoción, siendo indispensable que los trayectos sean los ordinarios y los más directos entre el centro universitario y el domicilio.

Se entenderán excluidos los accidentes derivados del uso de ciclomotores o motocicletas.

**GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA**

Quedan cubiertos por esta garantía los gastos médicos hospitalarios, farmacéuticos y de rehabilitación que se produzcan hasta el total restablecimiento del asegurado por un plazo máximo de prestación de 365 días.

Quedan incluidas las prótesis, así como también los medios de fijación internos. En cuanto a los medios de fijación externos quedarán incluidos siempre que sean prescritos por los facultativos del asegurador. Las prótesis dentales quedarán incluidas hasta un importe máximo de 100 euros por pieza.

En caso de producirse hospitalización del asegurado quedarán incluidos en los gastos de habitación la cama para acompañante.

Esta garantía de asistencia sanitaria queda limitada a un importe máximo de 6.000 euros por persona accidentada en centros médicos y establecimientos concertados por el asegurador, cuando la asistencia sanitaria sea prestada por centro médicos y establecimientos de libre elección del asegurado, los costes que debe soportar el asegurador quedan limitados a un importe máximo de 600 euros.

En el caso de que como consecuencia de una enfermedad grave un alumno pudiera perder el curso lectivo, se le indemnizará con un capital de 1.500 euros.

**ROTURA DE GAFAS**

Si a consecuencia de un accidente que precise asistencia sanitaria, se produce la rotura de gafas del Asegurado, el Asegurador reembolsará los gastos de adquisición de unas nuevas gafas, **hasta un máximo de 150 euros unidad.**

**FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE LOS PADRES DEL ASEGURADO**

En caso de fallecimiento por accidente del padre o madre del alumno asegurado, que tuviera mayores ingresos en la unidad familiar, queda cubierto un capital de 1.500 Euros como gastos del curso.

En el caso de que el fallecimiento se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de indemnizará el capital indicado independientemente de los ingresos de la unidad familiar.

#### **EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO, TRASLADO CADAVER**

En ningún caso, será de aplicación lo previsto en las condiciones generales de la póliza (apartado 6-1) en relación a los gastos de sepelio y traslado de cadaver.

### **CONDICIONES DE APLICACION GENERAL**

#### **TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El Tomador consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por MGS, Seguros y Reaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente le autoriza para que pueda ceder dichos datos al mediador, en su caso, y a otras entidades de seguros por razón del coaseguro de las pólizas.

Conforme a la normativa vigente, se hace constar que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Con independencia de la formalización de la póliza, el tratamiento de dichos datos tendrá además la finalidad de informarle sobre los productos y servicios financieros o de seguros, relacionados con la actividad de MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que puedan ser de su interés.

El titular de los datos podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS, Seguros y Reaseguros S.A., mediante escrito dirigido al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.

El Tomador declara asumir la obligación de comunicar al Asegurado o Beneficiario, si existieren, la inclusión de sus datos en dichos ficheros, así como su finalidad y tratamiento.

Finalmente, declara conocer que los datos facilitados en este documento constituyen la base del contrato de seguro, asumiendo por completo las responsabilidades de esos datos.

#### **DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y en los artículos 104, 105, 105 bis y 106 de su Reglamento, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona, España.
3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.
4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, y el texto refundido de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y las normas que la desarrollan.
5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; vía fax, al número 933 217 296; así como a través de nuestra página web [www.mgs.es](http://www.mgs.es).

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Marqués de la Ensenada 2, 6ª Planta, 28004 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en [www.mgs.es](http://www.mgs.es) y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.

**CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN EN SEGUROS COLECTIVOS NO VIDA**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (aprobado por Real Decreto 2486/98, de 20 de Noviembre), el Tomador abajo firmante reconoce haber recibido en este momento y antes de la celebración del contrato de seguro toda la información cuya naturaleza se hace constar en los artículos 104 y 106 del citado Reglamento, y que consta asimismo en la documentación que suscribe.



## 1 Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en su artículo 2º, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

## A COBERTURA

### 2 Objeto del seguro

Por el presente contrato MGS, Seguros y Reaseguros S.A. se obliga a satisfacer al ASEGURADO, o en su caso al BENEFICIARIO, las indemnizaciones pactadas para el supuesto de que sufra un accidente cubierto por la póliza.

### 3 Accidentes cubiertos

**3.1.** Se entiende por accidente cubierto por la presente póliza, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

En cualquier caso, y salvo pacto en contrario, **no quedarán incluidas dentro de la cobertura de la póliza las consecuencias que sufra el ASEGURADO derivadas de infarto de miocardio.**

**3.2.** Los accidentes de aviación que sufra el ASEGURADO quedarán incluidos, **siempre que ocupe plaza como pasajero en los siguientes medios de transporte:**

- . Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.
- . Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- . Aparatos de transporte de pasajeros que sean propiedad del estado español u organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

**3.3.** Los accidentes declarados como catastróficos por el Consorcio de Compensación de Seguros se regularán de acuerdo con lo establecido en el punto 15 de la presente póliza.

### 4 Accidentes excluidos

**No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Punto 15).**

**Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.**

### 5 Personas aseguradas

**Quedan amparadas por las garantías de esta póliza todas las personas menores de 70 años.**

**Asimismo, y en virtud de su estado de salud, disfrutarán de la cobertura de esta póliza las personas que no se encuentren afectadas con intensidad grave de cualquier enfermedad, minusvalía, defecto o lesión, tanto de carácter físico como psíquico. No tendrán la consideración de aseguradas las personas toxicómanas y alcohólicas.**

### 6 Garantías aseguradas

El presente contrato incluye las garantías que a continuación se describen, siempre que hayan sido pactadas en la póliza.

#### 6.1. FALLECIMIENTO

De producirse la muerte del ASEGURADO, se satisfará a los BENEFICIARIOS el capital garantizado y, adicionalmente, los gastos de sepelio, debidamente justificados, **hasta el límite de 1.500 Euros.** Asimismo, si el fallecimiento se produce fuera del término municipal del ASEGURADO, se incluyen dentro de esta garantía los gastos de traslado del cadáver, **hasta un importe máximo de 600 Euros.**

#### 6.2. INVALIDEZ PERMANENTE

a) Absoluta: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al ASEGURADO para todo tipo de profesión u oficio y para este supuesto la indemnización a pagar será la totalidad del capital asegurado para esta garantía.

b) Parcial: Se entiende que la invalidez permanente es parcial, cualquiera que no siendo declarada como absoluta, suponga una lesión en el Asegurado que sea irreversible y le produzca la pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. **La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado, los porcentajes previstos en el siguiente Baremo:**

<b>Pérdida completa o impotencia funcional completa y permanente de ambos brazos o manos o de un brazo y una pierna o de un brazo y un pie o de ambas piernas o de ambos pies</b>	<b>100%</b>
<b>Parálisis completa</b>	<b>100%</b>
<b>Trastorno mental incurable que impide cualquier tipo de trabajo</b>	<b>100%</b>
<b>Ceguera absoluta</b>	<b>100%</b>
<b>Pérdida total de la visión de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular</b>	<b>30%</b>
<b>Sordera completa de ambos oídos</b>	<b>60%</b>
<b>Sordera completa de un oído</b>	<b>15%</b>
<b>Pérdida total y absoluta del habla</b>	<b>60%</b>
<b>Pérdida total del olfato o el gusto</b>	<b>3%</b>
<b>Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria normal</b>	<b>5%</b>
<b>Pérdida total del maxilar inferior o mandíbula</b>	<b>25%</b>
<b>Pérdida total de un testículo</b>	<b>5%</b>
<b>Pérdida total de ambos testículos</b>	<b>15%</b>

**Extremidad superior**

	<b>Derecho.../...Izquierdo</b>	
<b>Pérdida total de la extremidad superior</b>	<b>70%</b>	<b>60%</b>
<b>Pérdida total del antebrazo o de la mano</b>	<b>60%</b>	<b>50%</b>
<b>Pérdida total del pulgar y el índice</b>	<b>40%</b>	<b>30%</b>
<b>Pérdida total de 3 dedos incluidos pulgar o índice</b>	<b>35%</b>	<b>30%</b>
<b>Pérdida total de 3 dedos que no sean ni pulgar ni índice</b>	<b>25%</b>	<b>20%</b>
<b>Pérdida total del pulgar</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>
<b>Pérdida total del índice</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>
<b>Pérdida total del dedo medio, anular o meñique</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del hombro</b>	<b>25%</b>	<b>20%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del codo</b>	<b>20%</b>	<b>15%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la muñeca</b>	<b>20%</b>	<b>15%</b>

**Extremidad inferior**

<b>Pérdida total de la pierna por encima de la rodilla</b>	<b>50%</b>
<b>Pérdida total de la pierna por debajo de la rodilla</b>	<b>40%</b>
<b>Pérdida total del pie comprendiendo todos los dedos</b>	<b>40%</b>
<b>Pérdida total del dedo gordo del pie</b>	<b>8%</b>
<b>Pérdida total de uno de los demás dedos del pie</b>	<b>3%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del tobillo</b>	<b>15%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la rodilla</b>	<b>20%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la cadera</b>	<b>20%</b>
<b>Acortamiento de 5 o más cm. de una extremidad inferior</b>	<b>8%</b>

**Columna vertebral**

<b>Hernia discal</b>	<b>5%</b>
<b>Fractura o aplastamiento de una vértebra hasta el 25%</b>	<b>5%</b>
<b>Fractura o aplastamiento de una vértebra del 26% al 50%</b>	<b>10%</b>
<b>Fractura o aplastamiento de una vértebra superior al 50%</b>	<b>25%</b>

**En posición neutral En posición desfavorable**

<b>Anquilosis de la columna cervical (7 vértebras)</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>
<b>Anquilosis de la columna dorsal (12 vértebras)</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>

Anquilosis de la columna lumbar (5 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de toda la columna	42%	70%

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.
2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.
3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos de las mismas pueda superar el 100%.
4. Si el ASEGURADO presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.
5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.
6. Si el ASEGURADO es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

En el supuesto que el ASEGURADO quede afectado por una Invalidez Permanente que supere el grado del 25%, podrá someterse a una intervención de cirugía estética reparadora, asumiendo el ASEGURADOR dichos gastos, **hasta el 5% del capital de Invalidez Permanente, con un máximo de 3.000 Euros. La intervención o en su caso la implantación de prótesis, deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.**

### 6.3. INVALIDEZ TEMPORAL

Se entiende por invalidez temporal la situación física determinante del impedimento total del ASEGURADO para dedicarse a sus ocupaciones profesionales, derivándose, por lo tanto, un quebranto económico en los ingresos procedentes de la actividad laboral.

A los efectos de este contrato se considerará impedimento total y consecuentemente se abonará la indemnización diaria pactada, cuando el ASEGURADO deba estar permanentemente en período de internamiento, entendiéndose por tal el tiempo durante el cual el ASEGURADO, por prescripción siempre de un médico y bajo continua asistencia médica, deba estar ingresado en un centro sanitario o permanecer en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido, o se trate de un paciente al que se le haya aplicado férulas, yesos u otro tipo de medio de fijación externa que le impida totalmente dedicarse a sus ocupaciones profesionales.

De producirse alguna de estas circunstancias, se abonará al ASEGURADO la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares, hasta que, en su caso, se determine el grado de invalidez permanente del ASEGURADO, **no pudiendo superar el periodo máximo de 365 días, a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.**

En los accidentes de tratamiento quirúrgico **el plazo preoperatorio, es decir, el tiempo que medie entre la prescripción de la intervención y su realización no podrá exceder de 30 días, siendo éste el periodo máximo a indemnizar por el plazo de tiempo antes citado.**

### 6.4. ASISTENCIA SANITARIA

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos que se produzcan hasta el total restablecimiento del ASEGURADO **y por un plazo máximo de indemnización de 365 días.**

Al propio tiempo, se entenderán incluidas las prótesis internas y los medios de fijación, tanto internos como externos. **Quedan expresamente excluidas las prótesis externas y los aparatos ortopédicos.**

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el ASEGURADOR.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del ASEGURADO, los costes que deberá soportar el ASEGURADOR **quedarán limitados a la cifra de 600 Euros.**

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

### 7 Ámbito de cobertura



7.1. Salvo pacto expreso, la presente póliza otorga cobertura al ASEGURADO durante las veinticuatro horas del día.

7.2. Las garantías cubiertas son válidas para cualquier parte del mundo. **Cuando el accidente ocurra en el extranjero y el ASEGURADO no pueda ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en el extranjero en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 Euros.**

## **B - SINIESTROS E INDEMNIZACIONES**

### **8 Actuación en caso de siniestro**

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

Asimismo, deberán permitir la actuación de los peritos designados por el ASEGURADOR para la correcta evaluación del siniestro.

### **9 Indemnización por Fallecimiento**

El ASEGURADOR después de calificar el siniestro como cubierto, pagará o consignará el capital asegurado una vez que el TOMADOR o BENEFICIARIOS, le hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al ASEGURADO en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de BENEFICIARIO.
- d) Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

De no existir designación expresa de BENEFICIARIO, lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales.

Si el fallecimiento del ASEGURADO sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el ASEGURADOR se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

### **10 Indemnización por Invalidez Permanente**

El ASEGURADOR en función de la documentación facilitada por el ASEGURADO, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, **pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.**

El ASEGURADOR notificará por escrito al ASEGURADO la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto al respecto por la Ley de Contrato de Seguro.

### **11 Indemnización por Invalidez Temporal**

El ASEGURADO pondrá en conocimiento del ASEGURADOR en un plazo de 72 horas y, en todo caso, en el máximo de 7 días señalado en el punto 8 de las presentes Condiciones Generales, la fecha de ocurrencia del siniestro y sus causas, acompañando el informe médico de primera asistencia médica.

A partir de la citada comunicación, deberán ser los Servicios Médicos del ASEGURADOR quienes validen la baja, atendiendo a su causa y coberturas pactadas, asumiendo, en su caso, el seguimiento médico del ASEGURADO y extendiendo el alta médica cuando así lo consideren, finalizando en esa fecha el periodo de invalidez temporal objeto de esta cobertura.

### **12 Indemnización por Asistencia Sanitaria**

En el caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el ASEGURADOR facilitará al ASEGURADO el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia, para lo cual deberá llamar al teléfono Nº. 902120863.



**C - BASES CONTRACTUALES****13 Declaraciones****13.1. CUESTIONARIO**

El TOMADOR del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al ASEGURADOR, de acuerdo con la solicitud-cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas, y que serán la base de la valoración del riesgo por parte del ASEGURADOR.

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

**13.2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

El TOMADOR del seguro o el ASEGURADO deberán, durante el curso del contrato, comunicar al ASEGURADOR tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En todo caso, cuando el ASEGURADO sea afectado por una enfermedad o situación de las comprendidas en el Punto 5, quedará extinguido el seguro, debiendo el ASEGURADO o sus derechohabientes, ponerlo en conocimiento inmediato del ASEGURADOR, el cual reembolsará la parte de prima satisfecha correspondiente al período que falta transcurrir de la anualidad en curso, desde la fecha de la notificación.

**14 Actualización anual de las primas**

Con el fin de mantener la necesaria suficiencia de las primas, el ASEGURADOR incrementará, en cada vencimiento anual, la prima de la garantía de Asistencia Sanitaria, en un porcentaje equivalente al incremento experimentado por el grupo Medicina del I.P.C. a 31 de diciembre de cada año.

**D - RIESGOS EXTRAORDINARIOS****15 Cobertura de riesgos extraordinarios****CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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:

- 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.

**15.1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES****15.1.1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS**

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar),

erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

#### **15.1.2. 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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

#### **15.1.3. 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.

#### **15.2. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS**

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, 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](http://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.

**CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR**

La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido a su mediador, tras recibir el oportuno asesoramiento sobre las cuestiones que, asimismo, le ha planteado.

DOCUMENTO DE 11 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN ALCALA DE HENARES A 4 DE SEPTIEMBRE DE 2013

**El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.**

El Tomador

UNIVERSIDAD DE ALCALA DE HENARES

**MGS** Seguros  
El Presidente,

