

IRIS GLOBAL



SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE ESTUDIOS

Condiciones Generales del contrato Asistencia en Viaje Estudios

ENTIDAD ASEGURADORA: IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros S.A.U.

Índice

1. Cláusula preliminar.
2. Definiciones.
3. Coberturas del seguro.
4. Exclusiones generales.
5. Normas generales que regulan el seguro.
6. Límite de edad.
7. Efecto y duración del contrato.
8. Certificados individuales y documentación del seguro.
9. Composición del grupo asegurado.
10. Límites de las coberturas y moneda de las mismas.
11. Como solicitar una cobertura.
12. Reembolso de gastos.
13. Existencia de otros seguros.
14. Efectos de la falta de pago del precio del seguro.
15. Principio de buena fe.
16. Exoneración de la responsabilidad.
17. Subrogación.
18. Aceptación.
19. Modificación del riesgo.
20. Conflictos entre partes.
21. Litigios sobre el contrato.
22. Atención al cliente.

1. Cláusula preliminar

Este Seguro está sometido a la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de 1980), a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

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

1.1. La información facilitada por el contratante del Seguro en la Solicitud de Seguro y cualquier otra documentación y/o información que se adjunte con la misma, constituye la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones, incluyendo el cálculo de su precio, y el motivo esencial por el que el Asegurador celebra este contrato. Si, al prestar dicha información, se hubiera incurrido en reserva o inexactitud, se quebraría el equilibrio contractual.

1.2. El contratante del Seguro tiene la obligación de informar al Asegurador sobre la naturaleza y circunstancias del riesgo y notificar cualquier circunstancia conocida por el mismo o por el Asegurado que pueda influir en su valoración. Esta obligación es previa a la celebración del contrato, por lo que el contratante deberá declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario al que éste le someta, todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.3. El presente Seguro quedará formalizado cuando el contrato o el documento de cobertura provisional sea debidamente firmado por las partes contratantes y tomará efectos en la fecha y hora especificadas en las Condiciones Particulares.

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

2. Definiciones

En este contrato se entiende por:

ACCIDENTE

Todo evento debido a una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca lesiones corporales objetivamente apreciables.

ACTIVIDAD PROFESIONAL CON RIESGO AGRAVADO

Aquellas profesiones o sectores de predominante componente o desarrollo físico, tanto en procesos como en resultados, con serio potencial de menoscabo para la salud, parcial o integral del trabajador, de padecer accidente laboral, secuelas y/o enfermedad común o profesional, incluso bajo un desempeño habitual, diligente o pactado, con o sin uso de maquinaria y/o elementos externos. Se incluyen en esta definición las actividades profesionales y/o sectoriales cuya manualidad o desarrollo físico sea carácter diferenciador de actividades predominantemente intelectuales.

ASEGURADOR

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros S.A.U. como la entidad Aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, **sometida a la legislación española y con domicilio social en España.**

ASEGURADO

La persona o cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de contratación y **figura en la relación de personas incluidas en el Seguro**, contenida en las Condiciones Particulares o sus anexos.

CENTRO HOSPITALARIO

Establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para realizar diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas. **No se consideran Centros Hospitalarios, los balnearios, casas de reposo, residencias de mayores, centros de día o similares.**

CONTRATANTE DEL SEGURO

La persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al Grupo Asegurado al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados o sus Beneficiarios.

CRISIS

Efecto o conjunto de efectos que derivan de un hecho traumático y que conllevan la inhabilitación o impedimento cierto de la persona para el desempeño regular de sus tareas diarias.

CUARENTENA

Aislamiento temporal de personas para prevenir que se extienda una enfermedad infecciosa.

DOMICILIO DEL ASEGURADO

El de su residencia en España, salvo en caso de Seguros contratados para viajes con destino España en el que el Asegurado tiene su residencia en el extranjero, o de ciudadanos de terceros países en viajes por el extranjero.

A efectos de las prestaciones de las coberturas y límites de indemnización descritos en cada una de ellas, **el domicilio del asegurado es el de su residencia habitual en sus diferentes países de origen**, por lo que siempre que aparezca la palabra España, se entenderá que es el país de origen del Asegurado y siempre que aparezca la palabra extranjero se entenderán todos los demás países, excepto el del domicilio del Asegurado.

DOLO

Intención de causar daño, perjuicio o artificio, en mayor o menor grado.

EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL

Evento grave, inesperado, con riesgo de propagación internacional que hace necesario que las autoridades sanitarias internacionales o nacionales tomen medidas de restricción de los viajes y /o el comercio.

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido, y cuya asistencia sea precisa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Es aquella con la que se nace, por haberse contraído en el seno del útero materno.

ENFERMEDAD GRAVE

Toda alteración del estado de salud del Asegurado, que haga precisa la asistencia urgente e imprescindible de servicios médicos para evitar riesgo a la vida o a la integridad física del Asegurado.

ENFERMEDAD PREVIA AL VIAJE

Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

ENFERMEDAD TERMINAL

Afección avanzada, progresiva e incurable para la que no existen posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 12 meses.

EQUIPAJE

Los objetos de uso personal que el asegurado lleve consigo durante el viaje, así como los expedidos por cualquier medio de transporte.

ESTABILIZACIÓN DE PACIENTE

Momento en el que se ha asegurado la vía aérea, controlado la hemorragia, tratado el shock e inmovilizado las fracturas, interrumpiendo el agravamiento del estado del paciente y manteniendo en el tiempo sus constantes vitales (presión arterial, pulso, respiración y perfusión de los tejidos).

EVENTO

Conjunto de todos los hechos individuales susceptibles de cobertura, que surjan o sean directamente ocasionados por una misma ocurrencia o acontecimiento y para los cuales se solicita la asistencia del Seguro.

FAMILIARES

Se consideran familiares únicamente los cónyuges, parejas, hijos, padres, nietos, abuelos, hermanos, suegros, yernos, nueras y cuñados del Asegurado, salvo lo dispuesto para cada Cobertura. Además tendrán esta condición los tutores legales del Asegurado.

FECHA DEL EVENTO

Aquella en que se produce el riesgo previsto y cubierto por el Seguro que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente o evento ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

FRANQUICIA

Es el importe o porcentaje, expresamente pactado, que en una Indemnización por un evento con cobertura corre a cargo del Asegurado.

GRUPO ASEGURABLE

Es el conjunto de personas físicas, unidas por un vínculo común previo o simultáneo a la adhesión del seguro y diferente a éste, que cumplan las condiciones para ser Asegurados.

HOSPITALIZACIÓN

Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia prescrita en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

HURTO

Apropiación de cosas ajenas, con ánimo de lucro, sin emplear violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.

INCIDENTE TRAUMÁTICO

Hecho grave, repentino e imprevisto, individualizable e identificable que produce una alteración grave, a juicio médico, en las capacidades de la persona y que desemboca en una crisis funcional.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

Situación por la que el Asegurado queda incapacitado con carácter definitivo e irreversible para realizar cualquier profesión.

ÓRTESIS

Apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia, fisioterapia y terapia ocupacional que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

PAREJA

Cónyuge, pareja de hecho inscrita como tal en un Registro de carácter oficial, local, autonómico o nacional así como situaciones de análoga convivencia acreditada.

PÓLIZA

Es el documento que incorpora el Contrato de Seguro. Está constituida por Condiciones Generales y Particulares que han sido entregadas al Contratante/Asegurado en el momento de la contratación. También pueden existir Condiciones Especiales para ciertos riesgos o grupos asegurables. **La Póliza, también llamada contrato de Seguro, incluye los Suplementos o anexos que modifiquen o complementen su contenido.**

PRIMA

El precio del Seguro incluidos impuestos.

RESIDENCIA HABITUAL

Aquel lugar en que el Asegurado tiene su vivienda principal. En caso de duda, se entenderá que es aquel que figura como tal en su inscripción censal.

RIESGO

Motivo o razón por la que se contrata el Seguro. Es el posible daño que el Asegurado espera ver reparado, indemnizado o atendido por el Seguro.

ROBO

Apropiación de bienes ajenos mediante violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.

SEGURO CON IMPORTE MÁXIMO CUBIERTO

La forma de aseguramiento por la que se garantiza una cantidad máxima determinada hasta la cual queda cubierto el riesgo asegurado, con independencia del valor total, sin que, por tanto, sea de aplicación la regla proporcional.

SUMA ASEGURADA

La cantidad fijada en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales, que constituye el límite máximo de la indemnización o reembolso a pagar por el Asegurador por el conjunto de los eventos con cobertura ocurridos durante la vigencia del Seguro.

URGENCIA

Situación de grave quebranto de la salud que requiere de una asistencia médicosanitaria que, de no prestarse de forma inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud.

VIAJE AL EXTRANJERO

Cualquier desplazamiento y consiguiente estancia de los Asegurados fuera del país donde se halle su domicilio y/o residencia habitual.

3. Coberturas del seguro

Mediante estas coberturas el Asegurador se obliga, **dentro de los límites y con las condiciones establecidas a continuación y en las Condiciones Particulares y Especiales**, a hacerse cargo de las prestaciones pactadas.

A) COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y ASISTENCIA EN VIAJE

1. GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

En viaje

El Asegurador se hará cargo, **hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares**, de los gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización y ambulancia que necesite el Asegurado durante un viaje al extranjero cubierto por el Seguro, como consecuencia de una enfermedad o accidente sobrevenido en el transcurso del mismo, y **hasta un máximo de 180 días a contar desde la fecha del accidente o del primer diagnóstico de la enfermedad, siempre que haya solicitado previa conformidad del Asegurador.**

Se establece en Condiciones Particulares, el límite de gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el país de origen del Asegurado.

En los casos de urgencia como consecuencia de una complicación imprevisible de una enfermedad crónica o previa al viaje, el Asegurador se hará cargo de los gastos **hasta conseguir la estabilización del paciente.**

2. TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN MÉDICA

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado durante un viaje fuera de su país de residencia, el Asegurador se hará cargo, **cuando sea necesario y así lo decidan los servicios médicos del Asegurador en colaboración con el médico que trate al Asegurado**, del traslado o repatriación del Asegurado hasta un centro sanitario convenientemente equipado o hasta su lugar de residencia habitual.

El equipo médico del Asegurador decidirá, en función de la **situación de urgencia o gravedad** en la que se encuentre el Asegurado, el medio de transporte utilizado en cada caso así como a qué centro sanitario se realizará el traslado o si es necesaria la repatriación y estará en contacto permanente con los médicos que atiendan al Asegurado, supervisando que éste recibe la atención adecuada.

El equipo médico del Asegurador, en función de la situación médica del Asegurado y, exclusivamente cuando dicho Asegurado se encuentre desplazado en el ámbito territorial de Europa o los países ribereños del Mediterráneo indicados en el apartado de Extensión geográfica, podrá autorizar la utilización de un avión sanitario.

3. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN ACOMPAÑANTE

En caso de que la hospitalización del Asegurado, **motivada por un accidente o enfermedad con cobertura**, se prevea **superior a tres noches** el Asegurador facilitará al acompañante que haya sido designado por el Asegurado, **un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo**, para que acuda junto al hospitalizado.

4. GASTOS DE ESTANCIA PARA ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO

En caso de que la **hospitalización del Asegurado**, **motivada por un accidente o enfermedad con cobertura**, se prevea **superior a tres noches** el Asegurador facilitará al acompañante que haya sido designado por el Asegurado en la localidad donde se encuentre hospitalizado éste, **hasta el límite que haya sido establecido en las Condiciones Particulares**.

Esta cobertura será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

5. TRASLADO O REPATRIACION DE RESTOS MORTALES

Si, en el transcurso de un **viaje con cobertura**, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado o repatriación de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación, incineración o ceremonia funeraria en su lugar de residencia.

No son objeto de cobertura los gastos de inhumación, incineración o ceremonia funeraria.

6. GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES

El Asegurador facilitará a la persona residente en el país de residencia del Asegurado y que designen los familiares, **un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo**, para acompañar los restos mortales.

7. GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES

De haber lugar a la cobertura anterior, **si el acompañante debe permanecer en el lugar del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado**, el Asegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención **hasta el límite indicado en la Condiciones Particulares**.

Exclusiones aplicables a las Coberturas de Asistencia Médica y de Asistencia en Viaje

Carecen de cobertura los eventos que se produzcan a consecuencia de:

- a) Enfermedades previas al viaje y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico anterior al inicio del viaje, excepto lo dispuesto en la cobertura de “Gastos Médicos”.**
- b) Exámenes médicos generales, revisiones periódicas, chequeos y cualquier visita o tratamiento**

que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.

- c) Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico o con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.
- d) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- e) Gastos de inhumación y ceremonia en la cobertura de transporte o repatriación de restos mortales.
- f) Tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- g) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, materiales y dispositivos de cualquier tipo, tales como marcapasos, estimuladores, piezas anatómicas u odontológicas, órtesis y material de osteosíntesis (incluidos los sustitutivos de hueso natural, cerámicas fosfocálcicas, cementos fosfocálcicos, sulfato cálcico, colágeno, materiales osteoinductores, matriz ósea desmineralizada, proteína ósea morfogenética y factores de crecimiento), prótesis de mama, lentes intra y extraoculares, aparatos de sordera. Cualquier otro gasto relativo a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle anterior.
- h) Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.
- i) Tratamientos especiales, diálisis, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- j) Cuando la enfermedad o accidente se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero, a excepción de lo dispuesto en la cobertura “Gastos médicos de Hospitalización en España por continuidad de asistencia en el extranjero”.

B) COBERTURAS DE INCIDENCIAS EN VIAJES Y VUELOS

8. PÉRDIDA, DAÑOS, HURTO O ROBO DEL EQUIPAJE Y/O EFECTOS PERSONALES

El Asegurador garantiza, **hasta la suma fijada en las Condiciones Particulares** el pago de la indemnización de las pérdidas materiales sufridas por el equipaje y/o efectos personales, **durante el viaje y a consecuencia de:**

- Robo (a estos efectos, se entiende por robo la sustracción cometida mediante violencia o intimidación a las personas o fuerza en las cosas).
- Hurto.
- Averías o daños causados **directamente** por incendio o robo.
- Averías y pérdida definitiva, total o parcial, ocasionadas por el Transportista.

En los viajes superiores a 90 días consecutivos fuera del domicilio habitual, el equipaje sólo queda

garantizado en los viajes de ida y vuelta a España o país de residencia.

Los objetos de valor quedan cubiertos hasta el 50% de la suma asegurada sobre el conjunto del equipaje. Por objetos de valor se entiende los equipajes dejados en vehículos automóviles, las joyas, relojes, objetos de metales nobles, pieles, cuadros, objetos de arte, plata y orfebrería en metales preciosos, objetos únicos, teléfonos móviles y sus accesorios, cámaras y complementos de fotografía y vídeo, radiofonía, de registro o de reproducción de sonido o imagen, así como sus accesorios, el material informático de toda clase, las maquetas y accesorios teledirigidos, rifles, escopetas de caza, así como sus accesorios ópticos, sillas de ruedas aparatos médicos y otros de análoga naturaleza.

A tener en cuenta por el Asegurado:

- Las joyas y pieles están garantizadas únicamente contra el robo y solamente cuando se depositen en la caja de seguridad de un hotel o las lleve consigo el Asegurado.
- Queda expresamente derogada la aplicación de regla proporcional en caso de evento con cobertura en este apartado, indemnizándose hasta el importe máximo cubierto.
- En los casos de robo, el Asegurado debe denunciar el hecho ante la policía en el lugar de ocurrencia, haciendo constar en ésta la relación de objetos y su valoración económica, así como obtener una copia de dicha denuncia que remitirá al Asegurador. Dicha denuncia deberá ser interpuesta en un plazo máximo de 48 horas desde el robo.
- Si posteriormente el equipaje es localizado y recuperado, este quedará en depósito en poder del Asegurador hasta que el Asegurado devuelva la indemnización que por la pérdida, robo o destrucción hubiera recibido conforme a este Seguro.

9. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Cuando el Asegurado tenga que interrumpir el viaje **por fallecimiento de un familiar**, el Asegurador se hará cargo del desplazamiento, **en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo**, hasta su lugar de residencia habitual o hasta el lugar de inhumación en el país de residencia habitual del Asegurado, **y siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado por el Asegurado para realizar el viaje.**

Asimismo, el Asegurador se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en el mismo viaje al Asegurado que anticipó su regreso, siempre que esta segunda persona se encuentre asegurada por este contrato.

10. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO POR HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR

Cuando el Asegurado tenga que interrumpir el viaje **por hospitalización de un familiar superior a tres (3) noches**, el Asegurador se hará cargo del **desplazamiento en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o el medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo**, hasta su lugar de residencia habitual o hasta el lugar de hospitalización en el país de residencia habitual del asegurado, **y siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado por el Asegurado para realizar el viaje.**

Asimismo, el Asegurador se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en el mismo viaje al Asegurado que anticipó su regreso, siempre que esta segunda persona se encuentre asegurada por este contrato.

Exclusiones aplicables a las Coberturas de Incidencias en Viajes, Vuelos y Servicios de Asistencia

Carecen de cobertura en este Contrato:

- a)** Las mercancías, billetes de viaje, dinero en efectivo, colecciones de sellos, títulos de cualquier naturaleza, documentos en general y valores en papel, cintas y/o unidades de memoria, documentos registrados en bandas magnéticas o filmadas y colecciones.
- b)** Los daños debidos al desgaste normal o natural, vicio propio y embalaje inadecuado o insuficiente o no identificado, así como los equipajes frágiles o productos perecederos. Los producidos por la acción de la intemperie.
- c)** Las pérdidas resultantes de que un objeto, no confiado a un transportista, haya sido simplemente extraviado u olvidado.
- d)** El robo durante la estancia en camping y caravana, en acampadas libres, o en cualquier alojamiento no fijo, móvil o transportable, quedando excluidos los objetos de valor.
- e)** Los daños, pérdidas o robos de efectos y objetos personales que hayan sido dejados sin vigilancia en un lugar público o en un local puesto a disposición de varios ocupantes.
- f)** Los daños causados directa o indirectamente por huelgas, terremotos y radioactividad.
- g)** Los daños causados intencionadamente por el Asegurado, o negligencia de éste y los ocasionados por derrame de líquidos que vayan dentro del equipaje.
- h)** Todos los vehículos a motor, así como sus complementos y accesorios.
- i)** Quedan excluidas las coberturas de demora y cancelación producidas como consecuencia de una huelga o conflicto laboral.

C) COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ ABSOLUTA**11. FALLECIMIENTO E INVALIDEZ ABSOLUTA**

Si como consecuencia de un **accidente**, según se define en este Contrato, **sufrido durante un viaje**, sobreviniese el fallecimiento del Asegurado, o quedase éste con un grado de invalidez absoluta, el Asegurador procederá a indemnizar al Asegurado, a los beneficiarios o a los herederos legales de éste, **hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.**

Se entiende, a efectos de este contrato, como Invalidez Permanente Absoluta las lesiones indicadas a continuación:

Tipo de lesión	Grado de invalidez
Enajenación mental incurable, que imposibilite el ejercicio de cualquier actividad laboral	100 %
Ceguera completa en ambos ojos	100 %
Pérdida total de ambas piernas o pies, ambas manos o brazos, de un brazo y de una pierna o de una mano y un pie	100 %
Tetraplejia	100 %
Paraplejia	100 %

A tener en cuenta por el Asegurado:

- a)** La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente no serán acumulativos.
- b)** Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y la que resulte después del accidente.
- c)** La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley 50/1980. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Entidad Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos conforme a los artículos 38 y 39 de la citada Ley.

Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en las Condiciones Particulares, las prestaciones previstas para los riesgos de Fallecimiento e Invalidez permanente Absoluta no son acumulables entre sí. Por tanto, el pago de una prestación extinguirá automáticamente la cobertura del resto de Coberturas.

No obstante, si después del pago de una indemnización por invalidez permanente, se produjese el fallecimiento del Asegurado, como consecuencia del mismo hecho, el Asegurador pagará la diferencia entre el importe satisfecho por invalidez y la suma asegurada para el caso de fallecimiento, cuando dicha suma fuese superior.

El límite máximo por cúmulo procedente de un mismo evento para esta Cobertura se establecerá en

las Condiciones Particulares.**CLAÚSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PERDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el Contratante 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 eventos producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el contratante del seguro 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 el contrato de seguro contratado con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicho contrato 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**1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos:**

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

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

órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del Asegurado.
- h) Los correspondientes a eventos 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 eventos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

- a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en los contratos de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- b) En los contratos de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los eventos cubiertos podrá realizarse:

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

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

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

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

Exclusiones aplicables a la Cobertura de Accidentes

Además de las mencionadas bajo el apartado exclusiones aplicables a las coberturas de Asistencia Médica y de Asistencia en Viaje, carecen de cobertura en este contrato:

a) Los accidentes que se provoquen por estados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, VIH (excepto lo dispuesto en la cobertura de Segunda Opinión Médica si estuviera contratada), encefalitis, y, en general, cualquier lesión o enfermedad que disminuya la capacidad física o psíquica del Asegurado.

b) Las enfermedades, hernias, lumbago, infartos, estrangulamientos intestinales, las complicaciones de varices, envenenamientos o infecciones que no tengan como causa directa y exclusiva una lesión comprendida dentro de las coberturas del seguro. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas o de tratamientos innecesarios para la curación de accidentes sufridos y los que pertenecen al cuidado de la propia persona.

c) Las lesiones que se produzcan como consecuencia de accidentes derivados del uso de vehículos de dos ruedas con cilindrada superior a 75 c.c.

d) Las lesiones que se produzcan en el ejercicio de una actividad profesional con riesgo agravado. Podrá eliminarse esta exclusión previa autorización expresa del Asegurador y mediante la aplicación de un sobreprecio.

e) No están incluidas las situaciones de agravación de un accidente ocurrido con anterioridad a la formalización del Seguro.

4. Exclusiones generales

Carecen de cobertura en este contrato, con carácter general, los daños, situaciones o gastos, que sean consecuencia de:

- a)** Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de éste, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b)** Si el asegurado se negara a ser trasladado o repatriado en el momento o las condiciones determinadas por el servicio médico del Asegurador, se suspenderán automáticamente todas las coberturas del contrato y los gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.
- c)** Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las coberturas del seguro, y en todo caso, una vez concluidas las fechas del viaje objeto del contrato, a excepción de lo indicado en la cobertura de Gastos Médicos.
- d)** Los derivados de la práctica profesional (incluido entrenamientos), o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; así como los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en competiciones oficiales o federadas y en todo caso la práctica de las siguientes modalidades aunque sea como aficionado: vehículos a motor, alpinismo, barranquismo, escalada, espeleología, caza, deportes de invierno, gimnasia deportiva, puenting, bungee jumping, deportes náuticos, subacuáticos y de submarinismo, la utilización de avionetas y cualquier otra práctica deportiva que implique riesgo aéreo (tales como paracaidismo, ala delta, la ascensión en globo, aerostación, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor o análogos), hípica, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, torero, capeas, encierro de reses bravas y cualquier otra participación en espectáculos taurinos; y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso o de alto riesgo.
- e)** La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea (exceptuando los realizados como pasajero de pago en vuelo de línea regular) o marítima no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
- f)** El rescate en montañas, simas, mares, selvas o desiertos, en regiones inexploradas, salvo lo dispuesto en la cobertura “Gastos de Búsqueda y Rescate”. Viajes que tengan carácter de exploración o en submarinos.
- g)** Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria. Participación directa del Asegurado en duelos, carreras, apuestas, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes. Los actos fraudulentos o provocados intencionadamente por el contratante, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos, así como el suicidio o la tentativa de suicidio.
- h)** No son objeto de cobertura las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o en tratamiento psiquiátrico, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes de cualquier tipo. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando así lo declare el Asegurado, profesional médico o autoridad competente o el Asegurado se niegue a

realizarse el control de alcoholemia o toxicología.

i) Los ocurridos a causa de conflictos armados o guerra, aun cuando no haya sido declarada, terrorismo, rebeliones, revoluciones, invasión, insurrección, el uso de poder militar o usurpación de gobierno o de poder militar, motines, tumultos populares, terremotos, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas y otros fenómenos de carácter extraordinario o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional, sin perjuicio de que queden amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios, así como los daños provocados, en forma directa o indirecta, por exposición o contaminación nuclear, radiactiva, química o biológica. Quedan excluidos en todo caso los eventos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

j) Los derivados de la renuncia o demora en recibir los servicios propuestos por el Asegurador y/o acordados por su Servicio Médico, por causa de la decisión del Asegurado o personas responsables de él.

k) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que sean innecesarios para la curación de un accidente o enfermedad cubierta por este contrato de Seguro.

l) El Asegurador queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este contrato de Seguro.

m) Salvo pacto expreso en contrario, no son objeto de cobertura los hechos acaecidos en aquellos países que, en el momento del inicio del viaje, se hallen en guerra, declarada o no, o en conflicto armado.

n) El Asegurador no otorgará cobertura y, por tanto, no será responsable de pagar ningún tipo de indemnización o compensación, cuando dicha indemnización o compensación exponga al Asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones dictadas por las Naciones Unidas, o en virtud de leyes, reglamentos o sanciones comerciales y/o económicas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

El Asegurador, mediante la percepción del correspondiente importe complementario, podrá considerar cubiertos algunos de los riesgos excluidos descritos, siempre que lo haga constar expresamente en las Condiciones Particulares/Especiales.

5. Normas generales que regulan el seguro

EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

Las coberturas de este seguro surten efecto en el mundo entero, siendo válidas para unos u otros países según opción indicada en las **Condiciones Particulares**.

Países europeos: Albania, Austria, Alemania, Andorra, Armenia, Azerbaiyán, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Ciudad del Vaticano, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, República de Macedonia del Norte, Malta, Moldavia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Rusia (la parte europea, hasta los Urales), San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía y Ucrania. **No se considerarán dentro del ámbito Europa, aquellos territorios de Ultramar de los países arriba recogidos que no se encuentren en el territorio geográfico europeo continental, salvo las islas Canarias, Azores y Madeira.**

Para las coberturas en que se indique, tendrán la misma consideración que Europa los siguientes países ribereños al Mediterráneo: Marruecos, Argelia, Túnez, Libia, Líbano, Egipto e Israel.

Las garantías serán válidas únicamente, a **más de 30 kilómetros** del domicilio habitual del Asegurado, salvo en Baleares y Canarias, donde lo será **a más de 15 kilómetros**.

6. Límite de edad

Las coberturas de este Seguro serán exigibles **transcurridos noventa días (90) del nacimiento** del Asegurado (previa notificación del mismo) y cesarán a las 0h del día en que el mismo cumpla **60 años de edad, salvo que en el momento de la contratación fuera menor de 60 años o se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales**.

7. Efecto y duración del contrato

a) Gastos de Anulación: Esta cobertura, deberá contratarse con anterioridad o en el mismo momento de la confirmación de la reserva del viaje y finalizarán en el momento que comience el viaje. Podrán asimismo contratarse con posterioridad a la confirmación de la reserva, **en cuyo caso será de aplicación un período de 72 horas en el que no se podrá hacer uso de la cobertura a contar desde la fecha de contratación del seguro**.

b) **Resto de coberturas:** Salvo estipulación en contrario, el contrato entrará en vigor, **siempre y cuando el Asegurado, o el Contratante, hayan pagado el precio del seguro correspondiente**, a las 0 horas del día indicado en las Condiciones Particulares y **terminará a las 24 horas del día en que se cumpla el tiempo estipulado**.

El Seguro deberá contratarse con anterioridad a la fecha de salida del viaje. Si la contratación del seguro se efectúa una vez iniciado el viaje, **la cobertura de la misma tomará efecto transcurridas 72 horas desde la emisión**.

Si se contrata un segundo o sucesivo Seguro por finalización del periodo de cobertura de la anterior, la contratación debe hacerse antes de que el contrato anterior quede sin efecto. Si se suscribiera posteriormente y hubiera quedado un periodo de tiempo sin ninguno de los dos seguros vigentes, **las coberturas no serán efectivas hasta 72 horas después de la contratación**.

El seguro tendrá la duración que se indica en las Condiciones Particulares.

Las coberturas del Seguro entran en vigor en la hora y fecha que se indican en las Condiciones Particulares, siempre que el contrato haya sido firmado y pagado el primer recibo si hay varios, o la totalidad si sólo hay un pago.

8. Certificados individuales y documentación del seguro

El Asegurador facilitará al contratante del Seguro un certificado individual de seguro para cada Asegurado que incluirá un extracto de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales en su caso, en instrucciones para la utilización de los servicios y coberturas que se ofrecen a través de las coberturas aseguradas, así como la Nota Informativa Previa a la Contratación y el Documento de Información sobre Productos de Seguro.

El contratante del Seguro asume expresamente el deber de entrega del Certificado al Asegurado, así como de la información de las condiciones contractuales y demás circunstancias legalmente requeridas.

9. Composición del grupo asegurado

En la modalidad de seguro colectivo, el contratante del seguro indicará al Asegurador la composición del Grupo Asegurado y asimismo estará obligado a notificarle las modificaciones que se produzcan en dicho grupo y que puedan consistir en:

- **ALTAS:** Originadas por la inclusión en la relación de Asegurados de aquellas personas que se integren en el Grupo.

La toma de efecto de cada alta se producirá desde el momento en que se comunique al Asegurador y se pague al mismo el precio correspondiente.

- **BAJAS:** Tendrán lugar por la salida de alguna persona del grupo Asegurado y tendrán efecto desde el momento en que tal circunstancia se notifique al Asegurador, o cumplimiento de la edad de salida del seguro.

10. Límites de las coberturas y moneda de las mismas

Los límites máximos de las coberturas de este Seguro serán las que figuren en las Condiciones Particulares. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas en dichas Condiciones Particulares, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el Asegurador. En cualquier caso, todos los límites de este contrato son por evento cubierto.

Límite por evento con cobertura: El límite máximo de indemnización a cargo del Asegurador por cada evento cubierto, para todas las personas aseguradas en el conjunto de sus Seguros, aun cuando, como consecuencia de un mismo hecho resultasen afectadas diversas coberturas e independientemente del número de Asegurados afectados.

El límite será el que se indique en las Condiciones Particulares.

EN SEGUROS INDIVIDUALES

Indemnización máxima:

En caso de “EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL” **la cantidad máxima a pagar será de 3.000.000 €** por el total de coberturas que puedan corresponder.

En caso de ACCIDENTE, salvo indicación en contra expresada en las Condiciones Particulares, **la cantidad máxima a pagar será de 600.000 €** por el total de coberturas que puedan corresponder.

EN SEGUROS COLECTIVOS

Indemnización máxima:

En caso de “EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL” **la cantidad máxima a pagar será de 3.000.000 €** por el total de coberturas que puedan corresponder, independientemente del número de asegurados afectados. A estos efectos, se considerará un mismo hecho con cobertura todos los casos ocurridos durante los 30 días posteriores a la declaración de cuarentena.

En caso de ACCIDENTE, salvo indicación en contra expresada en las Condiciones Particulares, **la cantidad máxima a pagar será de 600.000 €** por el total de coberturas que puedan corresponder, independientemente del número de asegurados afectados.

Se establece para la cobertura de Responsabilidad Civil Privada un límite por periodo del seguro de 600.000 € (Seiscientos mil Euros) por contrato de seguro y año.

La moneda aplicable a este Seguro es el Euro, por lo que los límites de las coberturas serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas o garantizadas por el Asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en Euros de la misma a la fecha de ocurrencia del evento con cobertura.

11. Como solicitar una cobertura

Ocurrido un hecho que pueda quedar amparado por alguna de las coberturas del Seguro, **es requisito indispensable que el Asegurado, sus familiares, acompañantes o persona de su confianza se pongan de inmediato en contacto con el Asegurador**, mediante llamada a la Central de Asistencia, telegrama, fax o correo electrónico a los números o direcciones que se indican en las Condiciones Particulares o a través de la app.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá hacerse en cuanto cesen las circunstancias que hayan impedido la comunicación.

Establecido el contacto, el Asegurado, o en su defecto el comunicante, indicará el número del contrato de Seguro, el lugar donde se encuentra el Asegurado y un teléfono de contacto o dirección de correo electrónico, informando sobre los detalles de los hechos y describiendo la asistencia que solicita. El Asegurador facilitará un número de expediente y pondrá de inmediato en funcionamiento los mecanismos de que dispone con objeto de que se preste el servicio requerido.

El Asegurador no se responsabiliza de los retrasos o incumplimientos debidos a fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa por parte del Asegurador, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurra la anterior circunstancia, de los gastos cubiertos por el contrato que haya tenido y se acrediten mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deberán efectuarse previo acuerdo del médico que atienda al Asegurado con el equipo médico del Asegurador.

Para las **coberturas de incidencias en viajes y vuelos** el Asegurado deberá presentar una reclamación por escrito ante el Transportista, y cederá al Asegurador su derecho a recibir la indemnización que deba pagar el Transportista antes de recibir la indemnización que le corresponda por las coberturas antes mencionadas.

El Asegurado no tendrá derecho a percibir indemnización alguna cuando utilice deliberadamente documentos incorrectos o medios fraudulentos, presente declaraciones de eventos con coberturas incompletas, inexactas, exageradas o fraudulentas, oculte las causas o amplíe las consecuencias.

De acuerdo con lo establecido en el art. 16 de la ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980) el Contratante del Seguro o el Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del evento. Para ello el Contratante del Seguro o Asegurado aportará todos los documentos que le sean requeridos por el Asegurador.

12. Reembolso de gastos

El Asegurador reembolsará los gastos en que haya incurrido el Asegurado para poder recibir una asistencia prevista en contrato únicamente cuando haya sido previamente informado de ello, y **siempre que el Asegurado aporte la documentación original que acredite haber hecho el pago.**

En ningún caso, se sustituirá la prestación de servicio por una indemnización, salvo pacto expreso.

13. Existencia de otros seguros

Cuando existan otros Seguros con otras Aseguradoras que garanticen la misma cobertura durante el mismo periodo de tiempo, el contratante del seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador los demás Seguros existentes. Si por dolo no se hiciera esta comunicación y se produjera el hecho con cobertura, el Asegurador no está obligado a pagar la indemnización.

Una vez producido el evento con cobertura, el Contratante del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo, de acuerdo con lo previsto en el Artículo correspondiente al Asegurador, con indicación del nombre de las demás Aseguradoras, que contribuirán proporcionalmente al pago de los servicios que correspondan.

Igualmente, las indemnizaciones a pagar por el Asegurador constituirán un complemento de los reembolsos que el Asegurado reciba del Sistema de Seguridad Social o de cualquier otro ente de protección, incluyendo las mutuas, por razón de los mismos gastos médicos.

En ningún caso el seguro puede suponer que el Asegurado reciba más de lo que le corresponda ni que obtenga, en total, un valor superior al de sus gastos reales.

14. Efecto de la falta de pago del precio del seguro

Si por culpa del Contratante o del Asegurado, en su caso, a la fecha límite para el pago no se ha pagado el primer recibo del Seguro, o no se ha pagado su totalidad si es de un pago único, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por cauce legal.

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si ese primer pago no se ha hecho antes de que se produzca un evento con cobertura, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de uno de los recibos siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día límite para el pago. Si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a la fecha límite para el pago, el Seguro quedará definitivamente extinguido.

En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago correspondiente al periodo en curso.

Si el Seguro no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el contratante o el Asegurado, en su caso, realicen el pago.

15. Principio de Buena fe

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

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

El fraude, la falsedad deliberada o la ocultación de información con relación a un evento con cobertura será motivo de anulación de este Seguro. En tal caso, el Contratante del Seguro o la Persona Asegurada perderán todos los derechos a percibir la indemnización que pudiera corresponderles y deberán devolver cualquier indemnización que el Asegurador ya hubiera pagado. En este caso, el Asegurador no reembolsará el precio del Seguro.

16. Exoneración de la responsabilidad

Se hace constar expresamente que

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros S.A.U.

no se hace responsable subsidiaria ni complementariamente de reclamaciones por retraso y/o incumplimiento debido a fuerza mayor, u ocasionadas directa o indirectamente por las circunstancias políticoadministrativas de un determinado país o zona geográfica.

Igualmente el Asegurador declina cualquier responsabilidad derivada de la información, publicidad o propaganda realizada por el contratante sobre este Seguro sin que haya sido autorizada previamente por escrito.

17. Subrogación

El Asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado frente a personas responsables del evento con cobertura, hasta el importe total que haya indemnizado. El Asegurado está obligado a colaborar con el Asegurador en el ejercicio de esta reclamación.

18. Aceptación

El Contratante de este Seguro declara conocer y recibir en este acto las presentes Condiciones Generales. Así mismo, declara haber sido informado y aceptar, expresamente, cuantas cláusulas delimitadoras de las coberturas figuran en las mismas.

El contratante se compromete a informar al Asegurado de las coberturas del Seguro, así como de la legislación aplicable, domicilio del Asegurador, e instancias de reclamación frente al mismo.

19. Modificación del riesgo

19.1. El Contratante del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar al Asegurador tan pronto como les 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 firma del contrato, o no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Contratante dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Contratante del Seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir dicho contrato previa advertencia al primero, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Contratante del Seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuviera conocimiento de la agravación del riesgo. Dicha rescisión deberá ser anunciada con una anticipación de quince días a su toma de efecto.

Si sobreviniere un evento con cobertura sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Contratante del Seguro o el Asegurado han actuado de mala fe.

En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el precio convenido y el que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por el precio del Seguro, el Asegurador deberá reducir el importe del precio futuro en la cuantía que corresponda, teniendo derecho el Contratante del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre el importe satisfecho y el que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

20. Conflictos entre partes

Para la resolución de cualquier controversia surgida en relación con la ejecución del presente Contrato, el Asegurado podrá optar por efectuar la correspondiente reclamación al Asegurador, solicitar la protección administrativa de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, o acudir a la instancia que considere más conveniente para la defensa de sus intereses.

En cualquier caso, el presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo sea en el extranjero.

21. Litigios sobre el contrato

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo sea en el extranjero.

22. Atención al cliente

Esta entidad, de acuerdo con lo establecido en la Orden ECO/734/2004, pone a disposición de sus Asegurados un Servicio de Atención al Cliente, que atenderá, en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha de presentación, por escrito, todas las quejas y reclamaciones que pudieran derivarse de las suscripciones de contratos de Seguro.

Para ello, los reclamantes podrán dirigirse al Servicio de Atención al Cliente a través del correo electrónico sac@irisglobal.es, nuestra página web www.irisglobal.es, correo postal enviado a cualquiera de nuestras sedes en Madrid (C/ Julián Camarillo 36, 28037 Madrid) o Barcelona (Avenida Diagonal 453,bis,2ºB, 08036 Barcelona) o bien personarse en nuestras oficinas, en horario laborable.

En la reclamación debe hacerse constar:

- Nombre, apellidos y Domicilio del interesado o de la persona que lo represente, NIF para personas físicas y datos referidos al registro público, si se trata de persona jurídica.
- Motivo de la queja o reclamación.
- Oficina u oficinas, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- Que el reclamante no tiene conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha, firma y copia del documento oficial identificativo (D.N.I., pasaporte o similar).

Por Reclamación se entiende: La presentada por el Contratante del Seguro, los Asegurados, los Beneficiarios o las personas autorizadas que pongan de manifiesto, con la pretensión de obtener la restitución de su interés o derecho, hechos concretos referidos a acciones u omisiones de la Compañía, que a su entender, supongan para quien las formula un perjuicio para sus intereses o derechos por incumplimiento de contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos.

Por Queja se entiende: La referida al funcionamiento de los servicios prestados a los asegurados por el Asegurador y presentadas por tardanzas, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación que se observe en el funcionamiento de la entidad.

En el caso de que la resolución emitida por nuestro Servicio de Atención al Cliente, no contemplara las expectativas del reclamante, o no se efectuase en el plazo antes mencionado, la misma podrá elevarse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El abajo firmante, reconoce recibir en esta misma fecha, y previo a la firma del Contrato, toda la información requerida en la legislación sobre ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Leído y conforme por el Contratante del Seguro, quien acepta expresamente las cláusulas limitativas y excluyentes, contenidas en las Condiciones Generales de este contrato de Seguro.

EL CONTRATANTE

EL ASEGURADOR



Sergio Real Campos



Iris
GLOBAL



Iris Global Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, S.A.U.

www.irisglobal.es