



ATLÁNTIDA MÉDICA DE ESPECIALIDADES

SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS

FUNDADA EN 1927

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de Octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de Diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE (B.O.E. del 20 de Diciembre de 1990) y por la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. del 9 de Noviembre de 1995) y su Reglamento de 20 de Noviembre de 1998 (B.O.E. 26 de Noviembre de 1998); por la Ley 9/1992, de 30 de Abril, de Mediación de Seguros Privados (B.O.E. del 2 de Mayo de 1992), modificada por la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. del 9 de Noviembre de 1995), y por la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de Octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (B.O.E. del 31 de Octubre de 1992).

El Asegurado autoriza a Atlántida, de conformidad con lo que establece la Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, para tratar de forma automatizada los datos recogidos en este documento y ser registrados informáticamente, para la relación contractual y desarrollo de actividades de todas las empresas y filiales del Grup Atlántida. El Asegurado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación y/o cancelación de datos.

I. PRELIMINAR

Artículo 1º - DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

- | | |
|---|---|
| <p>1.1 ASEGURADOR: La persona jurídica que, mediante el cobro de la prima y dentro de los límites pactados, asume la cobertura de los riesgos previstos en la póliza.</p> <p>1.2 TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica, que suscribe el contrato</p> | <p>con el Asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y deberes que se derivan de aquél, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el Asegurado.</p> <p>1.3 ASEGURADO: La persona física que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.</p> <p>1.4 BENEFICIARIO: La persona física o jurídica a la que corresponde el derecho a la indemnización por cesión explícita o</p> |
|---|---|

por designación expresa del Asegurado que, en su caso, constará en las Condiciones Particulares.

- 1.5. **POLIZA:** El documento que se entrega al Tomador y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran la póliza: a) las Condiciones Generales; b) las Condiciones Particulares que individualizan el objeto y determinan la cobertura del seguro además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las Cláusulas acordadas entre las partes, y c) los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato.
- 1.6. **SUMA ASEGURADA:** Las cantidades expresadas en las Condiciones Particulares que constituyen las bases para el cálculo de las primas y los límites de las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador.
- 1.7. **PRIMA:** El precio del seguro cuyo pago por el Tomador se justifica, salvo pacto en contrario, mediante la posesión del recibo librado por el Asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos y tasas que sean de legal aplicación.
- 1.8. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal que, derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, produzca invalidez temporal o permanente y/o muerte.
- 1.9. **SINIESTRO:** Todo hecho accidental que produzca daños físicos corporales al Asegurado en los riesgos previstos en la póliza y asumidos por el Asegurador.
- 1.10. **INVALIDEZ PERMANENTE:** La pérdida orgánica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado cuya recuperación no se estime previsible.

1.11. **INVALIDEZ TEMPORAL:** Aquella que se estime recuperable y durante el tiempo que impida al Asegurado la normal realización de su trabajo habitual.

1.12. **INDEMNIZACION:** La cantidad o suma de cantidades que como consecuencia del siniestro pagará el Asegurador en la forma y plazos establecidos.

II. ALCANCE DEL SEGURO

Artículo 2º OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador, en caso de un accidente, se obliga a pagar al asegurado y/o, en su caso, al beneficiario las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares para los supuestos de invalidez, temporal o permanente, o muerte del Asegurado. Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del Asegurador, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato, que no podrán excluir ni subordinar su contratación a las necesarias asistencias de carácter urgente que en toda circunstancia establece el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

2.1. Delimitación del riesgo de fallecimiento

Si a consecuencia de accidente cubierto por la póliza fallece el asegurado, el asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

En caso de muerte por accidente se garantiza:

- a) La disponibilidad inmediata de un anticipo a cuenta de hasta 1.803,04 € para atender los gastos de sepelio.
- b) El cónyuge queda automáticamente asegurado por el mismo capital, hasta el próximo vencimiento anual de la póliza, y si figurase como asegurado en la misma póliza, su capital garantizado será la suma de ambos durante dicho período de tiempo.

2.2. Delimitación del riesgo de invalidez permanente

2.2.1. Permanente total

En caso de invalidez permanente total se pagará el capital pactado en la póliza para este supuesto.

Se entiende por invalidez permanente total la irreversible situación física o mental del Asegurado determinante de su total ineptitud para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La invalidez permanente será total en los casos de ceguera absoluta, la parálisis completa, la pérdida completa de la razón o locura incurable, las lesiones que obliguen o requieran guardar cama permanente, la pérdida o la impotencia funcional o absoluta de ambas piernas o ambos pies, de ambos brazos o de ambas manos y simultánea de miembro inferior y otro superior de los que quedan reseñados.

2.2.2. Permanente parcial

En el supuesto de que la invalidez permanente como consecuencia de una irreversible situación física o mental del

Asegurado, determine la parcial ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional, no reuniendo en consecuencia las características de la invalidez permanente total, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital pactado en la póliza, los siguientes porcentajes: (* pág. siguiente)

Para cada falange de los dedos sólo se considerará invalidez permanente la pérdida total y la indemnización se computará del siguiente modo: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del respectivo dedo.

Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, los porcentajes previstos referentes al miembro superior derecho se aplicarán al miembro izquierdo e inversamente.

La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considerará como pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de funcionalidad perdida.

En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establecerá por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular hasta el límite máximo del cien por cien.

Si el asegurado presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que habría resultado si el asegurado, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.

* ver cuadro pág. siguiente

(* cuadro explicativo)

	<u>Derecho</u>	<u>Izquierdo</u>
1. Pérdida total de un brazo	70	60
2. Pérdida total del antebrazo	65	55
3. Pérdida total de una mano	60	50
4. Pérdida total del movimiento del hombro	30	20
5. Pérdida total del movimiento del codo	20	15
6. Pérdida total del movimiento de la muñeca	20	15
7. Pérdida total del pulgar y del índice	35	30
8. Pérdida total de tres dedos comprendidos el pulgar o el índice	40	30
9. Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25	20
10. Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30	25
11. Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	25	20
12. Pérdida total del pulgar solamente	22	18
13. Pérdida total del índice solamente	15	12
14. Pérdida total del dedo medio, del anular o del meñique	10	8
15. Pérdida total de dos de estos últimos dedos	15	12
16. Pérdida total de una pierna o de un pie	30	
17. Pérdida total del dedo gordo del pie	10	
18. Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5	
19. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40	
20. Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25	
21. Fractura no consolidada de una rótula	20	
22. Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20	
23. Acortamiento no menor de cinco centímetros de un miembro inferior	15	
24. Ablación de la mandíbula inferior	30	
25. Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30	
26. Sordera completa de los dos oídos	60	
27. Sordera completa de un oído	15	

En los casos que no estén señalados anteriormente como en los de pérdida parcial de los miembros arriba indicados, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad comparada con la de las invalideces enumeradas.

La cobertura de las garantías de muerte e invalidez permanente consecuentes de

accidente no tendrá límite en el tiempo desde la fecha de ocurrencia si se demuestra la relación causal existente entre el accidente y la lesión corporal que se derive del mismo. Si durante el período de tiempo en cuestión se han satisfecho indemnizaciones en concepto de invalidez total o parcial, las mismas se deducirán de la indemnización en caso de muerte.

2.3. Delimitación del riesgo de incapacidad temporal

En el supuesto de invalidez temporal, entendiéndose como tal, la situación física o mental del Asegurado que temporalmente determine su imposibilidad real para el ejercicio de su trabajo o profesión acostumbrada o habitual para un plazo mayor de 10 días, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador satisfará al Beneficiario la indemnización diaria pactada en el plazo máximo de cinco días después de quedar determinada la invalidez temporal y en cualquier caso dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro de acuerdo con las siguientes normas:

Por el tiempo que dure el tratamiento médico requerido por el accidente, hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha en que ocurrió aquél:

- 1º La cantidad entera contenida como indemnización diaria durante el tiempo en que el Asegurado sufra una incapacidad absoluta para todas las ocupaciones inherentes a la profesión declarada en el cuestionario del seguro.
- 2º La parte proporcional a dicha cantidad en el caso de que el accidente sólo produjese una incapacidad parcial, o en el que el asegurado que haya estado durante algún tiempo completamente incapacitado, pueda dedicarse a alguna de sus ocupaciones.

El Asegurado que no ejerza ninguna profesión, sólo tendrá derecho a la totalidad de la indemnización diaria convenida por el tiempo en que no pueda abandonar sus habitaciones.

2.4. Delimitación del riesgo de asistencia sanitaria

Los gastos de asistencia sanitaria, comprendiendo el tratamiento médico requerido, farmacia y estancias en hospitales, clínicas o sanatorios, que se produzcan hasta el restablecimiento del asegurado serán de cuenta del asegurador con el límite de la suma asegurada, cuando esta cobertura hubiera sido pactada en condiciones particulares y como máximo durante un año, a partir de la fecha del accidente.

2.5. Ampliación de cobertura

Tendrán la consideración de accidentes las anginas de pecho, cardiopatías, e infarto de miocardio cuando la Seguridad Social o la jurisdicción laboral las califiquen como accidente de trabajo sólo para los riesgos de fallecimiento o invalidez permanente total.

Artículo 3º EXCLUSIONES DEL SEGURO

Quedan excluidos del seguro:

- 3.1. Los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado, beneficiario o tomador del seguro.
- 3.2. La muerte producida a personas de edad inferior a 14 años o incapacitadas.
- 3.3. Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros según normativa propia.
- 3.4. Las enfermedades de cualquier naturaleza y sus consecuencias, siempre y cuando no sobrevengan directa y únicamente de un accidente.

- 3.5. Los accidentes producidos por desva-
necimientos y síncope, los ataques
de apoplejía o de epilepsia y epilepti-
formes de cualquier naturaleza y sus
consecuencias, sea cual fuere su ori-
gen.
- 3.6. Las consecuencias de las operacio-
nes quirúrgicas que no hayan sido
motivadas por un accidente, las lesio-
nes consecutivas o cualquier opera-
ción practicada por el Asegurado
sobre sí mismo y las producidas por
cualquier irradiación no ocasionada
por un tratamiento médico motivado
por un accidente.
- 3.7. El suicidio, la tentativa del mismo,
envenenamiento y mutilación volunta-
ria; los que ocurren en estado de per-
turbación mental, embriaguez, toxico-
manía y drogadicción, sonambulismo
o en desafío, lucha o riña, excepto
caso probado de legítima defensa.
- 3.8. Los accidentes causados por actos de
guerra civil o internacionales, actos
realizados por fuerzas o medidas mili-
tares, revolución, sedición, motín,
alborotos o tumulto popular y otros
sucesos de carácter político-social.
- 3.9. Los accidentes que guardan relación
directa o indirecta con la transmuta-
ción o desintegración atómica o de la
energía nuclear.
- 3.10. Las consecuencias puramente psíqui-
cas de un accidente.
- 3.11. Los accidentes que resulten de la
práctica de deportes remunerados y
de competiciones de vehículos a
motor, así como los acaecidos condu-
ciendo un vehículo sin estar en pose-
sión del correspondiente permiso.

- 3.12. Los accidentes producidos por con-
ducción de motocicletas, salvo que
dicha cobertura conste en las condi-
ciones particulares.
- 3.13. Los ocurridos en la práctica de una
profesión no reseñada en la solicitud.

Artículo 4° AMBITO DEL SEGURO

Las garantías de la póliza, surten efec-
to en todo el mundo, quedando exceptua-
dos los accidentes ocurridos en regiones
inexploradas y/o viajes que tengan carác-
ter de exploración.

Artículo 5° REVALORIZACION AUTOMATICA ANUAL

La revalorización automática anual es el
mecanismo mediante el cual, en cada pró-
rroga anual del contrato, la Suma Asegurada
y la Prima se incrementan en la misma pro-
porción que lo haga el Índice General de
Precios al Consumo publicado por el
Instituto Nacional de Estadística. La Suma
Asegurada y la Prima para la nueva anual-
dad del seguro serán los resultantes de mul-
tiplicar las del período de seguro que termi-
na por el factor que resulte de dividir el
Índice de Vencimiento por el Índice Base. El
Índice Base inicial, que figura en las
Condiciones Particulares, es el último cono-
cido en el momento de la emisión de la pól-
za. El Índice de Vencimiento corresponderá
al último publicado por el Instituto Nacional
de Estadística antes de la fecha de cada
prórroga anual del contrato y que, a su vez,
se convertirá en el Índice Base de la prórro-
ga siguiente.

Salvo que en las Condiciones
Particulares se indique lo contrario, se con-
viene que las sumas aseguradas de cada
una de las garantías previstas en el contrato
serán modificadas automáticamente al ven-
cimiento de cada anualidad de seguro,
siguiendo las fluctuaciones del Índice
General de Precios de Consumo, publicado
por el Instituto Nacional de Estadística.

III. SINIESTROS

Artículo 6° NORMAS DE TRAMITACION

6.1. De Fallecimiento

El beneficiario deberá presentar los
siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asisti-
do al asegurado en el que se detallan
las circunstancias y causas del falleci-
miento.
- Certificado en extracto de inscripción
de defunción en el Registro Civil.
- Documentos que acrediten la persona-
lidad y, en su caso, la condición de
beneficiario.
- Carta de exención del Impuesto sobre
Sucesiones o de la liquidación, si pro-
cede, debidamente cumplimentada por
la Delegación de Hacienda.

Una vez recibidos los anteriores docu-
mentos, el Asegurador, en el plazo máximo
de cinco días, deberá pagar o consignar el
capital asegurado y, en cualquier caso,

dentro de los cuarenta días a partir de la
recepción de la declaración del siniestro.

El capital asegurado será satisfecho al
tomador del seguro o a sus herederos, si en
el momento del fallecimiento del asegurado
no hubiere beneficiario concretamente
designado ni reglas para su determinación.

6.2. Invalidez Permanente

En caso de invalidez permanente total
o parcial a consecuencia de un accidente
cubierto por la póliza, el asegurador pagará
al beneficiario en el plazo máximo de cinco
días después de quedar determinada la
invalidez y en cualquier caso dentro de los
cuarenta días a partir de la recepción de la
declaración del siniestro.

La determinación del grado de invalidez
se efectuará de conformidad con el artículo
104 de la Ley. Si el asegurado no aceptase
la proposición del asegurador en lo referente
al grado de invalidez, las partes se somete-
rán a la decisión de peritos médicos, confor-
me a los artículos 38 y 39 de la Ley.

6.3. Incapacidad Temporal

El Asegurador satisfará de una sola vez
el pago de la indemnización por incapacidad
temporal, dentro de los cinco días siguientes
a la fecha en que haya recibido el alta del
médico que haya atendido la curación del
Asegurado o en que expire el plazo de tres-
cientos sesenta y cinco días desde el acci-
dente si no ha cesado antes el tratamiento
médico.

6.4. Asistencia Sanitaria

Por el tiempo que dure el tratamiento
médico requerido por el accidente, los gas-
tos médico-farmacéuticos y de estancias en
hospitales, clínicas o sanatorios serán por

cuenta del Asegurador, quedando limitado a trescientos sesenta y cinco días, pasados los cuales el asegurador cesará en su obligación de hacerse cargo de los mismos.

El Asegurador una vez pagados los gastos de asistencia sanitaria se subrogará en cuanto a éstos, en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro.

Artículo 7º FRANQUICIA EN LA GARANTIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Por lo que se refiere exclusivamente a la garantía de Incapacidad Temporal, la indemnización en caso de accidente queda estipulada para la Tarifa Básica a partir del día después de la fecha de siniestro. No obstante podrá también contratarse la póliza en su caso, y mediante la correspondiente reducción de prima, con alguna de las tres siguientes modalidades de franquicia.

- a) Franquicia 5 días 12% de Reducción
- b) Franquicia 10 días 25% de Reducción
- c) Franquicia 15 días 40% de Reducción

IV. DISPOSICIONES LEGALES

Artículo 8º DISPOSICIONES GENERALES

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, expuestas seguidamente con la cita del articulado de dicho texto legal.

8.1. Bases del Contrato

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador de seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (artículo 8 de la Ley).

8.2. Declaraciones

El Tomador del seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndose, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo o culpa grave de Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación por siniestro (artículo 10 de la Ley).

Asimismo, el Tomador del seguro o el Asegurado durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual que agraven el riesgo, o las que lo disminuyan (artículos 11, 12 y 13 de la Ley).

8.3. Primas

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las

primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador un mes después del día de su vencimiento (artículos 14 y 15 de la Ley).

8.4. Siniestros

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar la ocurrencia del siniestro dentro de los siete días de haberlo conocido, salvo que se pacte un plazo más amplio, debiendo, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del hecho. El Tomador del seguro o el Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de deber de declaración del siniestro da opción al Asegurador a reclamar daños y perjuicios, y el incumplimiento del deber de aminoración de las consecuencias del siniestro da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produce con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

8.5. Indemnizaciones

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, anticipando el pago del importe mínimo dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración. Si transcurridos tres meses desde la fecha del siniestro causado sin mala fe del Asegurado, el Asegurador no ha pagado la indemnización, esta última se incrementará con el equivalente a su veinte por ciento anual (artículos 18, 19 y 20 de la Ley).

Cuando el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, la indemnización corresponderá al Tomador, o en su caso a los herederos de éste (artículo 102 de la Ley).

8.6. Comunicaciones

Las comunicaciones y pagos de primas que efectue el Tomador del Seguro o el Asegurado a un agente de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un Agente libre al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de este. (Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados).

8.7. Duración de Contrato

La duración del contrato se determina en las Condiciones Particulares de la póliza con expresión de la fecha y hora en que comienza y termina. Al término del primer período inicial del seguro, el contrato se prorroga por un año y así sucesivamente a menos que cualquiera de las partes se oponga a ello comunicándolo a la otra por escrito con una antelación mínima de dos meses a la conclusión del período de seguro en curso (artículos 8 y 22 de la Ley).

8.8. Jurisdicción

Es juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato, el del domicilio del Asegurado (artículo 24 de la Ley).

8.9. Nulidad

El contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley).

Artículo 9° DISPOSICIONES ESPECIFICAS A LOS RIESGOS SOBRE LAS PERSONAS

9.1. Otros Seguros

El Tomador del Seguro deberá comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro que se refiera a la misma persona (artículo 101 de la Ley).

9.2. Acciones

Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años (artículo 23 de la Ley).

9.3. Subrogación

El Asegurador no podrá subrogarse, aún después de pagada la indemnización de los derechos que en su caso correspondan al Asegurado contra un tercero, salvo en lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria (artículo 82 de la Ley).

V. CLAUSULA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley 21/1990, de 19 de Diciembre, que aprueba el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros (Boletín Oficial del Estado de 20 de Diciembre), Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de Octubre) Real Decreto 2022/1986, de 29 de Agosto por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes (Boletín Oficial del Estado de 1 de Octubre), y disposiciones complementarias. En cualquier circunstancia el Tomador del Seguro tiene la facultad de cubrir dichos riesgos con aseguradores que reúnan las condiciones exigidas por la legislación vigente.

I. RESUMEN DE NORMAS

1. RIESGOS CUBIERTOS

- Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos).
- Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

Conflictos armados; reuniones, manifestaciones y huelgas legales; energía nuclear; vicio o defecto propio de los bienes; mala fe del asegurado; daños indirectos; los correspondientes a pólizas cuya fecha de efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días al en que haya ocurrido el siniestro, salvo reemplazo, sustitución o revalorización automática; siniestros producidos antes del pago de la primera prima; suspensión de cobertura o extinción del seguro por la falta de pago de las primas; y losificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

Comunicar en las Oficinas del Consorcio o de la Entidad Aseguradora de la póliza ordinaria la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de prima o certificación de la Entidad Aseguradora, acreditativos del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.
- Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices o suplementos a dicha póliza, si las hubiere.