



PÓLIZA: CPA-045 COLECTIVA DE SEGUROS PARA LOS USUARIOS DEL LOTE 1 ("TURISMO DE ZONA DE COSTA PENINSULAR") PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DEL IMSERSO PARA PERSONAS MAYORES Y MANTENIMIENTO DEL EMPLEO (Versión 1: 01.10.2019)

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRELIMINAR: Precepto legal

El presente Contrato de Seguro se rige por la legislación española; en particular, por la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y por las demás disposiciones complementarias y concordantes, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones de preceptos legales o referencia a los mismos.

CLÁUSULA PRIMERA: Definiciones.

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

ASEGURADOR.- UNIÓN DE AUTOMÓVILES CLUBS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (UNACSA), Sociedad Unipersonal, que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y las prestaciones correspondientes a los mismos. Esta entidad Aseguradora tiene domicilio social en España ejerciendo su actividad bajo la vigilancia y control de las autoridades españolas a través de la Dirección General de Seguros.

PÓLIZA.- Es el documento que contiene las Condiciones Reguladoras del Seguro. Forman parte integrante del mismo las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo para completarlo o modificarlo.

PRIMA.- Es el precio del seguro, cuyo importe, junto con sus impuestos y recargos, deberá hacerse efectivo según las condiciones estipuladas en la póliza.

SINIESTRO.- El hecho súbito, accidental e imprevisto ocurrido dentro del período de vigencia de la póliza. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un mismo siniestro.

SUMA ASEGURADA.- Cantidad fijada en las Condiciones Generales y/o en las Particulares, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en caso de siniestro.

TOMADOR.- IBERIA LÍNEAS AÉREAS DE ESPAÑA, S.A. OPERADORA, SOCIEDAD UNIPERSONAL, INTEGRACIÓN AGENCIAS DE VIAJES, S.A. y NEX CONTINENTAL HOLDING, S.L.U.; "U.T.E. MUNDIPLAN II", con domicilio social en Madrid-28037, Avda. de la Institución Libre de Enseñanza, nº 41, 3º, y con CIF.U88471404, que con el Asegurador suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ASEGURADOS.- Tendrán la condición de Asegurados los beneficiarios del Programa de Turismo Social del IMSERSO, dentro del Lote 1 "Turismo de Zona de costa Peninsular", y los acompañantes, y se iniciará la cobertura del seguro para ellos, desde el momento en que se formalice la correspondiente reserva de plaza, en la cobertura de anulación del viaje y desde el momento en el que inician su viaje, en los viajes con transporte, y desde el momento de entrada en el hotel de alojamiento, en los viajes sin transporte, en el resto de las coberturas.

Podrán participar en el Programa de Turismo del IMSerso:

a) Las personas residentes en España que reúnan alguno de los siguientes requisitos:

1. Ser pensionista de jubilación del sistema de Seguridad Social español.
2. Ser pensionista de viudedad con cincuenta y cinco o más años de edad del sistema de Seguridad Social español.

3. Ser pensionista por otros conceptos del sistema de Seguridad Social español o receptor de prestaciones o subsidios de desempleo, con sesenta o más años de edad.

4. Ser asegurado o beneficiario del sistema de Seguridad Social español, con sesenta y cinco o más años de edad.

b) Los españoles residentes en el extranjero siempre que reúnan alguno de los requisitos incluidos en el apartado a).

c) Los españoles de origen emigrantes que hayan retornado a España, siempre que sean pensionistas de los sistemas públicos de seguridad social del país o países a los que hubieran emigrado.

Las personas usuarias podrán ir acompañadas por su cónyuge o, en su caso, por pareja de hecho o persona con la que se constituye una unión estable y de convivencia con análoga relación de afectividad a la conyugal, sin necesidad de que estos reúnan alguno de los requisitos exigidos en los apartados anteriores.

Los usuarios de plazas y sus acompañantes, con la excepción de los hijos con discapacidad, deben valerse por sí mismos para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El cumplimiento de los requisitos señalados se acreditará al IMSerso, mediante declaración responsable del solicitante.

Asimismo, podrán ir acompañadas de los hijos con discapacidad, en grado igual o superior al 45%, siempre que el viaje lo realice con sus padres y se alojen en la misma habitación o, en su caso, abonen el suplemento establecido para habitaciones individuales que estará sujeto a la disponibilidad de plazas.

Los españoles residentes en otros países distintos de España tendrán la consideración de Asegurados y se iniciará la cobertura del seguro para ellos, desde el momento en que se formalice la correspondiente reserva de plaza, en la cobertura de anulación del viaje y desde el momento de su llegada, para iniciar su turno de estancia, a los aeropuertos de Madrid o Barcelona, puntos de inicio y fin de sus viajes, en el resto de las coberturas.

La cobertura a los Asegurados concluirá teniendo en cuenta lo siguiente:

• Para los residentes en España y los siguientes países europeos: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Francia, Holanda, Luxemburgo, Reino Unido, Suiza, Italia, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Portugal, a la finalización del viaje a su punto de destino.

• Para los residentes en el resto de países, a la finalización del viaje a su punto de destino, en los aeropuertos de Madrid o Barcelona.

En el supuesto de que se firme convenio de Colaboración con la Dirección General de Migraciones se estará a lo dispuesto en el siguiente apartado.

En el supuesto de haber sido ingresado durante el transcurso de la estancia por enfermedad o accidente y ello motivara la imposibilidad del regreso con su grupo, la condición de asegurado permanecerá hasta la finalización del viaje de retorno.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.- Es el documento que contiene las Condiciones Generales y Particulares aplicables al Tomador / Asegurado.

ACCIDENTE.- A los efectos del presente seguro, se entiende por accidente aquella circunstancia súbita inesperada, inusual, concreta, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que sucede en un momento y lugar identificables como resultado de un daño.

ENFERMEDAD.- Alteración del estado de salud que haga precisa la asistencia facultativa.

HURTO.- Se considera hurto, cuando se tomare un bien contra la voluntad de su dueño.

ROBO.- Se considera robo cuando se apoderasen de un bien empleando fuerza en las cosas para acceder al lugar donde se encuentre o violencia o intimidación en las personas.

OBJETO DEL SEGURO.- Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican en el presente contrato y que se produzcan como consecuencia de un evento fortuito en el curso de un viaje fuera del domicilio habitual, dentro del Ámbito Territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo. Las garantías del contrato dejarán de surtir efecto una vez finalizado el viaje y al regreso del Asegurado al domicilio habitual.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA.- Las garantías contratadas que se describen en la CLÁUSULA SEGUNDA "Garantías del Seguro a contratar" este documento tendrán validez en todo el territorio español.

DELIMITACIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.- El contrato tomará efecto a partir de las cero horas del día en que se inicie la comercialización de las plazas finalizando a las veinticuatro horas del día siguiente a aquel en que se realice el regreso del último turno de cualquiera de las modalidades de viajes e itinerarios.

EFFECTO Y DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS.- Las garantías cubiertas por el contrato tomarán efecto desde el momento en que el usuario adquiera la condición de Asegurado y en tanto en cuanto no pierda tal condición, esto es, desde el momento en que se formalice la correspondiente reserva de plaza, en la cobertura de anulación del viaje y desde el momento en el que inician su viaje, en los viajes con transporte, y desde el momento de entrada en el hotel de alojamiento, en los viajes sin transporte, en el resto de las coberturas.

Asimismo, cubrirá las reclamaciones formuladas por los Asegurados, siempre y cuando las mismas se realicen dentro de los 30 días naturales siguientes a aquel en que se da por finalizado el turno y tengan relación con hechos ocurridos durante la vigencia del mismo.

CLÁUSULA SEGUNDA: Garantías del Seguro a contratar

1. Anulación del viaje

2. Traslado al Hospital como consecuencia de enfermedad o accidente graves

- a) Traslado sanitario.
- b) Regreso y estancia de acompañante.
- c) Reincorporación al segundo destino (viajes combinados).
- d) Ayuda para gastos de transporte de los acompañantes para desplazarse al hospital.
- e) Desplazamiento y estancia de familiar para acompañar al asegurado hospitalizado.
- f) Gastos médicos.
- g) Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente.
- h) Alta voluntaria.
- i) Transporte de fallecido.
- j) Acompañamiento de fallecido.
- k) Interrupción de vacaciones.
- l) Reembolso de Vacaciones no disfrutadas.
- m) Seguro de equipajes y efectos personales
- n) Seguro de accidente del medio de transporte.
- o) Servicio de Información a personas mayores.
- p) Servicio de Información de farmacias de guardia.

CLÁUSULA TERCERA: Descripción de las garantías del Seguro a contratar

En caso de ocurrencia de un siniestro amparado por la presente póliza, el Asegurador, tan pronto sea notificado conforme al procedimiento indicado en la Cláusula Séptima, garantiza la prestación de los siguientes servicios.

1 Anulación del viaje

Se garantiza el reembolso de los gastos de gestión y anulación contractualmente debidos al expedidor del billete cuando la causa de anulación se produzca con anterioridad a la salida y dentro de los 15 días anteriores al fijado para la iniciación del viaje y de acuerdo con la siguiente escala:

Como gastos de gestión: La cantidad del precio del viaje aportada en concepto de gastos de gestión al adquirir el billete.

Como gastos de anulación:

- Si la causa de la anulación se produce con más de 10 días y menos de 15 días de antelación a la fecha de inicio del viaje, el 5% del resto del precio del viaje.

- Si la causa de la anulación se produce entre los días 3 y 10, el 15% del resto del precio del viaje.

- Si la causa de la anulación se produce dentro de las 48 horas anteriores a la salida, el 25% del resto del precio del viaje.

- Cuando la anulación no pueda efectuarse dentro de las 48 horas antes de la salida por coincidir con Sábado, Domingo o festivo, o causa de fuerza mayor se reembolsará al asegurado el 50% del resto del precio del viaje.

- Cuando no se presente a la salida, por una causa producida el mismo día de la salida, el 100% del resto de precio del viaje.

Se consideran causas de anulación, debidamente justificadas, las siguientes:

a. Fallecimiento, accidente o enfermedad graves que exijan hospitalización del usuario.

b. Fallecimiento, accidente o enfermedad graves que exijan hospitalización del cónyuge, pareja de hecho o de un familiar de primero o segundo grado de consanguinidad o afinidad. En caso de fallecimiento del cónyuge o pareja de hecho, no se tendrá en cuenta el plazo de 15 días anteriores al fijado para la ejecución del viaje.

Asimismo, recogerá el fallecimiento, accidente o enfermedad manifestada en el momento inmediatamente anterior al inicio del viaje, encontrándose el usuario en el aeropuerto, puerto o estaciones de tren o autobuses y que requieran el desplazamiento del usuario a un centro de urgencia, aunque no requiera hospitalización, o al lugar debido en caso de fallecimiento y debido a ello, no pudiera utilizar el medio de transporte inicialmente previsto.

c. Accidente grave que, aun cuando no exija hospitalización, provoque al usuario o cónyuge o pareja de hecho impotencia funcional severa de las extremidades.

d. Perjuicios graves (que necesiten imperativamente la presencia del asegurado el día de la salida) como robo, incendio, inundación o incidencia similar que afecten a la residencia habitual del asegurado.

e. Convocatoria como parte o testigo de un tribunal, como miembro de una mesa electoral.

f. Anulación de un acompañante, inscrito en la misma reserva, como consecuencia de alguna de las causas descritas anteriormente. Esta contingencia se aplicará solamente a un acompañante, aunque en la reserva se contemplara más de un acompañante.

A los efectos de esta garantía se tomará como fecha de referencia para determinar los periodos anteriormente expuestos, el día del fallecimiento, de ingreso en centro sanitario, o accidente, y para los demás casos la fecha en que se produzca el hecho o tenga conocimiento de la citación judicial.

Será obligación del asegurado notificar, a la agencia de viajes o a la central de reservas de la/s empresa/s adjudicataria/s, la anulación del viaje en cuanto tenga conocimiento del evento que lo provoque, quedando la compañía relevada de indemnizar los gastos o penalizaciones que se devenguen a partir del momento de dicho conocimiento, si se incumple esta obligación (en los apartados b, c, d, e y f).

Para la indemnización de esta garantía el asegurado deberá presentar documento justificativo original de la concurrencia del siniestro (ingreso hospitalario, informe médico, denuncia de la policía, etc.).

2 Traslado al Hospital como consecuencia de enfermedad o accidente graves

En caso de enfermedad o accidente graves que exijan una consulta inmediata, no pudiendo esperar a la visita médica ordinaria, se cubrirán los gastos de traslado bajo vigilancia médica si procede y mediante los medios adecuados a cada caso (incluso avión sanitario cuando la gravedad lo exija, en España y Europa) y siempre a criterio del Asegurador, desde el hotel o lugar donde ocurra el accidente o enfermedad hasta el hospital más cercano donde pueda ser atendido, y regreso al hotel.

En el caso de que el traslado se realice en ambulancia y ello imposible al acompañante viajar conjuntamente con el asegurado, el Asegurador cubrirá sus gastos de traslado en taxi hasta el hospital.

Se incluirán las siguientes actuaciones:

a) Traslado sanitario

Los gastos de traslado bajo vigilancia médica, si procede, por medio de ambulancia u otros medios adecuados a cada caso, incluso avión sanitario en España y Europa, si fuera preciso y siempre a criterio del Asegurador, desde el hospital donde se encuentre ingresado hasta el hospital más próximo a su lugar de residencia, cuando se prevea una hospitalización superior a 20 días.

Asimismo se procederá a abonar los gastos de traslado hasta el domicilio habitual del asegurado o al de un familiar de primer grado de consanguinidad o afinidad cuando después de haber recibido atención médica o el alta hospitalaria, el usuario no pudiera valerse por sí mismo para las actividades de la vida diaria o no estuviera en condiciones de seguir disfrutando del turno de Turismo, según criterio del médico tratante o, aun valiéndose por sí mismo, no pudiera regresar con su turno de Turismo por haber regresado el mismo con anterioridad.

En este caso el viaje de regreso se efectuará en un medio de transporte equivalente al que el usuario hubiese utilizado para llegar al punto de destino (o transporte público colectivo para los viajes sin transporte), salvo que las circunstancias médicas exijan un cambio en el medio de transporte que se adecue más a su situación personal.

Si el asegurado decidiera por voluntad propia prolongar su estancia en la zona donde hubiera disfrutado sus vacaciones, una vez autorizado médicamente para hacer el viaje de regreso, no se cubrirán los gastos de traslado al domicilio.

b) Regreso y estancia de acompañante.

Si el asegurado enfermo o accidentado hubiera viajado con acompañante comprenderá los gastos de regreso de dicha persona conjuntamente con el asegurado, así como los de estancia (hotel y manutención) cuando la hospitalización continúe una vez finalizado el turno de Turismo o primer destino (viaje combinado), a razón de 75,00 € diarios como máximo, hasta un total de 525,00 € en concepto de gastos de estancia. También se incluirá al acompañante la prolongación de estancia en hotel, prevista en el punto g).

c) Reincorporación al segundo destino (viajes combinados).

Tras el alta médica recibida posterior a una hospitalización, o reposo en el hotel prescrito por un médico, y en el caso de tratarse de un viaje combinado el asegurador reincorporará, si fuera necesario, al asegurado y su acompañante al segundo destino del programa.

d) Ayuda para gastos de transporte de los acompañantes para desplazarse al hospital

Asimismo durante los días de hospitalización, que coincidan con el desarrollo del turno de Turismo, se abonará en concepto de ayuda de gastos de transporte, al acompañante, para su traslado desde el hotel al hospital y viceversa, hasta un máximo de 9,00 € diarios, previa presentación de justificante.

e) Desplazamiento y estancia de familiar para acompañar al Asegurado hospitalizado.

En caso de que la hospitalización se prevea superior a 48 horas para usuarios residentes en España, a juicio del equipo médico por el que esté siendo tratado, se abonarán los gastos de transporte de un familiar en avión línea regular (clase turista) o tren de alta velocidad, en su caso, y taxis de conexión para acceso a/desde las terminales, desde su domicilio en España, o en Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Luxemburgo, Reino Unido, Suiza, Italia, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Portugal y Andorra hasta el lugar de internamiento en España, y regreso, en función del país de procedencia del Asegurado.

En el supuesto de que el familiar utilizara vehículo particular para el desplazamiento dentro de la península ibérica el asegurador indemnizará a razón de 0,21 € por kilómetro, de acuerdo con los mapas oficiales de carreteras.

Asimismo se abonarán, los gastos de alojamiento y manutención de estas personas (una o varias), a razón de 75,00 € diarios como máximo y hasta un máximo total de 525,00 €.

Cuando la hospitalización se produzca en localidad distinta a la de ubicación del hotel en el que se desarrolla el turno, Circuito y no se desplace ningún familiar, las coberturas anteriores se aplicarán al acompañante del Asegurado.

Si la hospitalización excede de 20 días y el hospital no autoriza el traslado por causas médicas, el Asegurador tomará a cargo los gastos especificados en los párrafos anteriores por los desplazamientos y estancias, previa justificación de haberse efectuado tales desplazamientos (excluidos los familiares no residentes en España).

f) Gastos médicos

Cuando la persona no sea beneficiaria del Sistema Español de Seguridad Social y su estado de salud requiera prestaciones de forma inmediata por una manifestación aguda, deberán garantizarse la totalidad de los gastos derivados de esta atención médica inmediata, así como los gastos de hospitalización, hasta un máximo de 30 días.

En el caso de que el Asegurado, por necesidad de urgencia, sea trasladado a un hospital que no sea de la Seguridad Social, los gastos derivados de la atención médica y hospitalización serán por cuenta de la Compañía de Seguros.

g) Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevenida o accidente imposibilite al asegurado continuar viaje, y no fuera necesario ingreso en clínica o centro hospitalario, se abonarán los gastos de alojamiento y manutención que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, por un máximo de dos días y hasta un límite de 75,00 € diarios y acompañante.

h) Alta voluntaria.

La petición por parte del Asegurado del alta voluntaria, en el caso de estar ingresado en algún centro médico u hospital, o de algún tratamiento médico, y en contra del veredicto médico anulará automáticamente a partir de la fecha de alta voluntaria cualquier derecho a las garantías anteriores – apartados desde el b) hasta el i).

i) Transporte de fallecido.

En caso de fallecimiento del Asegurado se cubrirán los gastos de transporte desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación, dentro del término municipal de su domicilio habitual.

Asimismo, se cubrirán los gastos de tratamiento post mortem y acondicionamiento para el traslado (embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio para el transporte y formalidades administrativas) hasta un máximo de 2.400,00 €.

j) Acompañamiento de fallecido.

En caso de fallecimiento del asegurado, se cubrirán los gastos de transporte de un familiar en avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) y taxis de conexión para acceso a/desde las terminales, desde su domicilio en España o en cualquiera de los países participantes en el Programa, hasta el lugar de fallecimiento y regreso.

Asimismo, se abonarán, para gastos de alojamiento y manutención para estas personas (una o varias) a razón de 75,00 € diarios como máximo y hasta un máximo total de 300,00 €.

Si el Asegurado hubiera viajado con acompañante, comprenderá, asimismo, los gastos de regreso de dicha persona al mismo tiempo que el fallecido.

k) Interrupción de vacaciones.

En caso de que el usuario (para usuarios residentes en España) tuviera que interrumpir su estancia durante el transcurso del turno de Turismo de Zona de Costa Peninsular, por accidente, enfermedad grave con hospitalización o fallecimiento de su cónyuge, ascendientes o descendientes, en primer grado de consanguinidad o afinidad, o de un hermano, que viajen o no con el asegurado, o por siniestro grave en el domicilio del asegurado el asegurador se ocupará de su transporte hasta su domicilio en España.

En este caso el viaje de regreso se efectuará en el mismo medio de transporte que el usuario hubiese utilizado para llegar al punto de destino (transporte colectivo para los usuarios sin transporte), y en caso de extrema urgencia el avión, aunque no hubiera sido el medio de transporte del viaje.

Se entenderá por extrema urgencia:

- 1- En caso de fallecimiento que no sea posible llegar al entero del familiar por el medio de transporte inicialmente previsto.
- 2- En caso de accidente o enfermedad, que haya una intervención quirúrgica urgente e inmediata o riesgo de muerte para el paciente.
- 3- En caso de siniestro grave en el domicilio, que se requiera la presencia urgente e inexcusable del Asegurado.

Si el Asegurado hubiera viajado con acompañante comprenderá, asimismo, los gastos de regreso de dicha persona.

l) Reembolso de vacaciones no disfrutadas.

El Asegurador reembolsará el importe equivalente a los días no disfrutados siempre que el usuario se haya visto obligado a abandonar el turno de Programa de Turismo del Inmerso como consecuencia de un traslado sanitario o interrupción de vacaciones cubiertos en la póliza, tanto viaje o no con el Asegurado.

El cálculo del importe diario se hará por división del precio total del viaje abonado por el usuario, entre los días que correspondan a su turno de Turismo.

m) Seguro de equipajes y efectos personales.

El asegurador garantizará, hasta un máximo de 400,00 € como indemnización de las pérdidas materiales sufridas por el equipaje y efectos personales del usuario durante el viaje y estancia fuera de su domicilio habitual cuando éstas sean consecuencia de robo, daños por incendio, así como los ocasionados por lluvia o nieve y pérdida total o parcial ocasionada por el transportista.

Quedan excluidos de esta garantía el dinero, las joyas, las tar-

jetas de débito y crédito y cualquier tipo de documentación personal.

n) Seguro de accidente del medio de transporte.

Se garantizará una indemnización por fallecimiento del Asegurado como consecuencia de accidente de aviación, barco, tren, autocar o vehículo particular en que viaje como pasajero durante los desplazamientos programados en su turno de Turismo, o viaje incluyendo la subida y bajada a dichos medios de transporte.

Asimismo deberán quedar cubiertos los accidentes que pudieran producirse durante los traslados desde su domicilio a la estación/terminal (aeropuerto, puerto, estación de FFCC o de autobuses), y viceversa tanto en el lugar de origen como en el de destino.

Dicha indemnización será de 6.010,12 euros por asegurado. La indemnización máxima en caso de siniestro por accidente será de SEIS MILLONES DIEZ MIL CIENTO VEINTIUN EUROS CON CUATRO CÉNTIMOS 6.010.121,04 €, independientemente del número de asegurados afectados.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en los Artículos 6º y 8º del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Artículo 4º de la Ley 21/1990, de 19 de Diciembre (BOE de 20 de Diciembre), el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el Artículo 7º del mismo Estatuto Legal, 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, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el Tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Asegurado hubiese satisfecho, a su vez, los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso, o porque, hallándose la Entidad Aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 (modificado por la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 44/2002, de 22 de Noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, por la Ley 34/2003, de 4 de Noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados y por la Ley 22/2003, de 9 de Julio, Concursal), en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de Febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

De conformidad con el Artículo 6º del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo es-

tablecido en la Ley 25/1964, de 29 de Abril. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.

f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.

g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el Artículo 1º 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 éstos 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.

h) 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, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al Artículo 1º del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del Asegurado.

j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el Artículo 8º del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

k) 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.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

3. Franquicia

En el caso de daños directos, la franquicia a cargo del asegurado será de un 7% de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, esta franquicia no será de aplicación a los daños que afecten a vehículos asegurados por póliza de seguro de automóviles, viviendas y comunidades de propietarios de viviendas.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.

4. Extensión de la cobertura. Pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

En el caso de daños en las personas, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de período de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el Tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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

En el caso de daños en los bienes, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, en régimen de compensación, las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados.

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguros a primer riesgo (a valor parcial, con límite de indemnización, a valor convenido, otros seguros con derogación de la regla proporcional); seguros a valor de nuevo o a valor de reposición; seguros de capital flotante; seguros con revalorización automática de capitales; seguros con cláusula de margen; o seguros con cláusula de compensación de capitales entre distintos apartados de la misma póliza, o entre contenido y continente, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Sin perjuicio de lo anterior, el Consorcio de Compensación de Seguros aplicará en todo caso, únicamente en el supuesto de daños directos, la compensación de capitales dentro de una misma póliza entre los correspondientes a contenido y a continente.

Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

5. Infraseguro y sobreseguro

Si en el momento de producción de un siniestro debido a un acontecimiento extraordinario, la suma asegurada a valor total fuera inferior al valor del interés asegurado, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará el daño causado en la misma proporción en que aquélla cubra dicho interés asegurado. A estos efectos se tendrán en cuenta todos los capitales fijados para los bienes siniestrados aunque lo estuvieran en distintas pólizas, con recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, siempre que estuvieran en vigor y se hallaran en período de efecto. Lo anterior se efectuará de forma separada e independiente para la cobertura de daños directos y la de pérdida de beneficios.

No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable, aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.

Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

II. 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 deberán comunicar, dentro del plazo máximo 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, bien directamente o bien a través de la Entidad Aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página web del Consorcio (www.consorsseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad Aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

1. Daños en las personas

1.1. Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta

- Fotocopia del DNI/NIF del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (código cuenta cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Fotocopia de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus Apéndices o Suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

1.2. Muerte

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del DNI/NIF del posible Beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus Apéndices o Suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (código cuenta cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

2. Daños en los bienes

- Fotocopia del DNI/NIF del perceptor de la indemnización.
- Fotocopia de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus Apéndices o Suplementos, si los hubiera.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (código cuenta cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Asimismo, se deberán conservar los restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

También se adoptarán cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños, así como evitar que se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del Asegurado.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios 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.

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.

o) Servicio de Información a personas mayores.

La Compañía Aseguradora proporcionará, a petición del Asegurado y como consecuencia de un siniestro producido durante el viaje, orientación y asesoramiento, con posible derivación a Servicios Sociales en caso de situaciones de riesgo o maltrato, respecto a:

- Recursos y programas sociales y asistenciales estatales, autonómicos y/o municipales, así como información sobre los trámites y procedimientos para acceder a ellos.
- Situaciones de riesgo social y familiar.
- Llamadas en las que se planteen problemas o situaciones de dificultad personal, derivando u orientando a los interesados hacia las instancias o recursos más apropiados para resolverlos.

p) Servicio de Información de farmacias de guardia.

La Compañía Aseguradora proporcionará, a petición del Asegurado, información sobre las farmacias de guardia disponibles en el lugar del turno de Turismo.

CLÁUSULA CUARTA: Requisitos y límites de las prestaciones a cargo del Asegurador

1 Para tener derecho a cualquier prestación es indispensable que se haya satisfecho al Asegurador el importe de la correspondiente prima.

2 En caso de que no fuera posible la intervención directa del Asegurador por causas de fuerza mayor debido a las características especiales, administrativas o políticas de un país determinado, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad en cuanto se encuentre en un país en donde no concurren tales circunstancias, de los gastos que hubiese tenido que realizar y que fueran a cargo del Asegurador, de acuerdo con lo pactado en el presente contrato. En todo caso, dichos gastos deberán acreditarse mediante originales de factura, sin cuyo requisito no se reconocerá el derecho al reembolso de los mismos.

3 Los límites económicos de las prestaciones cubiertas por el presente contrato incluyen los impuestos aplicables al coste de la prestación, así como todos los gastos en los que incurra el Asegurador para su realización.

4 Cuando las prestaciones realizadas en ejecución del presente contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra Entidad Aseguradora, la Seguridad Social o cualquier otra institución o persona, el Asegurador quedará subrogado en los derechos o acciones del Asegurado frente a la citada compañía o persona, hasta el límite del total importe de las prestaciones soportadas por él.

En todos los países donde haya reciprocidad con la Seguridad Social Española, el Asegurador asumirá únicamente los gastos médicos y de hospitalización que no estén cubiertos por la misma, interviniendo en la ayuda personal a través de sus correspondientes y equipo médico, asesoramiento y anticipo de pagos, si procede.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán, en todo caso, complemento de los contratos que pudiera tener el Asegurado cubriendo los mismos riesgos que los estipulados en esta póliza, tales como las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

Debido a lo anterior, cuando la causa de percance sea responsabilidad de otra institución o persona, el Asegurado deberá gestionar la reclamación correspondiente.

A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar con el Asegurador prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento o prueba que se pudiera considerar necesario.

En cualquier caso, cuando los gastos de regreso hubieran corrido por cuenta del Asegurador, el Asegurado estará obligado a facilitarle los títulos de transporte (billete de avión, tren, etc.) que no hayan sido utilizados.

CLÁUSULA QUINTA: Inicio y duración del contrato

1 El contrato entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

2 El contrato mantendrá su vigencia durante el período de tiempo especificado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA SEXTA: Obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado

1 El Tomador tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador o Asegurado en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o Asegurado el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

2 En caso de siniestro, deberán comunicar inmediatamente su acaecimiento al Asegurador. Asimismo, cubrirá las reclamaciones formuladas por los Asegurados, siempre y cuando las mismas se realicen dentro de los 30 días naturales siguientes a aquel en que se da por finalizado el turno y tengan relación con hechos ocurridos durante la vigencia del mismo.

Para ello, se pondrá en comunicación con los teléfonos del Asegurador especificados en la Cláusula Décima, donde indicará sus datos personales y del seguro, lugar donde se encuentra, teléfono y una descripción del problema que tiene planteado. Las llamadas telefónicas podrán ser a cobro revertido. En los países donde no fuera posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas realizadas, siempre que presente un justificante del gasto donde se indique claramente el número de teléfono del Asegurador marcado.

En ningún caso se indemnizarán por el Asegurador los siniestros amparados por esta póliza cuya tramitación no se haya solicitado, directa y exclusivamente por medio de los teléfonos del Asegurador. Tampoco se atenderán los reembolsos de las prestaciones que no sean proporcionadas por el Asegurador ni a las que éste no otorgue su previo consentimiento.

En caso de un siniestro que afecte a la garantía de equipajes o que origine cualquier tipo de reembolso, el Asegurado recibirá del Asegurador un Formulario de Tramitación que deberá cumplimentar y donde se le informará de la documentación y facturas originales relacionadas con su reclamación que deberá adjuntar a la contestación.

El Asegurado debe proceder de inmediato a solicitar la comprobación de los daños o la desaparición del equipaje por personas o autoridades competentes y vigilar que las circunstancias ocurridas y la importancia del daño sea reflejada en un documento que remitirá al Asegurador.

En caso de robo, el Asegurado lo denunciará a la Policía o Autoridad del lugar inmediatamente y se lo justificará al Asegurador. Si los objetos son recuperados antes del pago de la indemnización, el Asegurado deberá tomar posesión de ellos y el Asegurador sólo estará obligado a pagar los daños sufridos.

El Asegurado deberá suministrar toda prueba que le sea razonablemente solicitada, sobre la existencia y valor de los objetos asegurados en el momento del siniestro, así como sobre la importancia del daño.

En caso de demoras el Asegurado deberá acompañar a las reclamaciones certificación de la demora, así como documento en el que se refleje la hora exacta de la entrega del equipaje.

En la garantía de Compensación por robo, pérdida o deterioro de equipajes, en caso de fallecimiento del Asegurado, podrán ejercitar la reclamación los herederos legales.

3 Deberán aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance, con los efectos previstos en el Artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro.

4 El Asegurado y sus beneficiarios, en lo que se refiera a las garantías de esta póliza, exoneran del secreto profesional a los facultativos médicos que los hayan atendido como consecuencia de un siniestro, para que éstos le puedan facilitar información médica al Asegurador y terceras compañías aseguradoras con la que tenga contratado otro seguro similar, así como sobre los antecedentes sanitarios en relación al caso, para la correcta evaluación y gestión del siniestro, así como para su cobertura y liquidación, tal y como establece el artículo 32 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El Asegurador no podrá hacer otro uso distinto del indicado, de la información obtenida.

5 El asegurado tiene la obligación de ser veraz en todas sus manifestaciones. Caso contrario, la existencia de mala fe por parte del Asegurado al presentar falsas declaraciones, al exagerar la cantidad de los daños declarados, al pretender destruir o hacer desaparecer objetos existentes antes del siniestro, disimular o sustraer todo o parte de los objetos asegurados, o emplear como justificación documentos inexactos o utilizar medios fraudulentos, conllevará la pérdida de cualquier derecho a indemnización que, por el siniestro declarado, le pudiera corresponder.

CLÁUSULA SÉPTIMA: Importe y pago de primas

1 La prima por cada Asegurado será la que se consigna en las Condiciones Particulares de la presente póliza y en el Certificado Individual del Seguro.

2 Mensualmente el Asegurador emitirá los recibos correspondientes, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, los cuales deberán ser abonados por el Tomador en un plazo no superior a treinta días desde la fecha de emisión del recibo.

3 El pago de la prima se efectuará, en el domicilio del Asegurador, por el Tomador.

4 La prima será exigible, conforme dispone el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, una vez firmado el contrato.

5 Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador, tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

CLÁUSULA OCTAVA: Concordancia entre póliza y proposición

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.

CLÁUSULA NOVENA: Aceptación de limitaciones y exclusiones

Por parte del Tomador, en nombre de los Asegurados, se aceptan de forma expresa, las limitaciones y exclusiones establecidas en las Cláusulas Tercera, Cuarta, Sexta y Séptima de las Condiciones Generales de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA: Comunicaciones

Todas las comunicaciones, sean por correo, telégrafo, telefax o télex, que se dirijan al Asegurador, se enviarán a su domicilio legal, sito en Madrid, calle Isaac Newton, 4, Parque Tecnológico de Madrid (PTM) 28760 Tres Cantos.

La solicitud de prestaciones y servicios y la comunicación de posibles incidencias, deberán efectuarse al teléfono del Asegurador, número 900 103 201, que permanecen en funciones durante las veinticuatro horas del día, incluso festivos.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: Información y Defensa del Asegurado

El Tomador del Seguro incluirá en la documentación que entrega a los Asegurados información sobre la existencia del seguro y la compañía de seguros que lo suscribe. Para cualquier reclamación acerca del contenido de esta póliza, puede dirigirse al Departamento de Atención al Cliente de UNACSA sito en C/ Isaac Newton, 4, Parque Tecnológico de Madrid, 28760, Tres Cantos (Madrid), Tfno 91 594 72 96, Fax 91 379 11 58, e-mail: atencion_cliente@race.es

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir:

La presentación de las reclamaciones, podrá realizarse personalmente o mediante representación, en soporte papel o por medios informáticos (e-mail). Dada la naturaleza del servicio prestado se aceptarán a trámite las reclamaciones presentadas de forma verbal (telefónica), cuando a juicio del Departamento de Atención al Asegurado de UNACSA (de ahora en adelante denominado genéricamente Departamento de Atención al Cliente), la naturaleza de la reclamación presentada no requiera de una presentación por escrito. Será también posible presentar las reclamaciones en cualquier oficina de UNACSA abierta al público.

El plazo máximo de presentación de reclamaciones por parte de los asegurados se establece en dos años desde que el reclamante tiene conocimiento del hecho causante de la misma.

En caso de una reclamación por escrito o por medios informá-

ticos, deberá contener la siguiente información:

- Nombre, Apellidos y domicilio del interesado o persona que lo represente. DNI o datos de registro público para personas jurídicas.
- Motivo de la queja o reclamación, con especificación de las cuestiones sobre las que se solicita pronunciamiento
- Servicio, oficina o departamento que origina la citada reclamación
- Declaración del reclamante de no tener conocimiento de dicha reclamación esté siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo o judicial
- Lugar, fecha y firma

El Departamento de Atención al Cliente acusará recibo por escrito, o utilizando el mismo medio de comunicación empleado por el reclamante. Excepcionalmente en el caso de reclamaciones recibidas telefónicamente si no hay petición expresa del cliente, no se procederá al acuse de recibo por escrito.

Las quejas recibidas serán tramitadas por el Departamento de Atención al Cliente que procederá a la apertura del expediente.

Cuando no sea admitida a trámite alguna queja será comunicada al interesado la decisión motivada dándole un plazo de 10 días naturales para que presente sus alegaciones. Cuando el interesado hubiese contestado y se mantengan las causas de no admisión, se le notificará la decisión final adoptada.

Los expedientes deberán finalizar en un plazo máximo de 2 meses, a partir de la fecha en la que la queja fuese presentada.

Las decisiones serán motivadas y contendrán unas conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la reclamación, fundadas en las cláusulas contractuales, las normas de transparencia y protección de la clientela, así como las buenas prácticas financieras aplicables.

Las decisiones serán notificadas por el mismo medio que fuesen recibidas, o por el medio que el reclamante solicite de forma expresa.

En el caso de que la decisión adoptada por el Departamento de Atención al Cliente no fuera de la conformidad del reclamante, éste podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente, organismo adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones situado en el Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, o a través de www.dgfsfp.meh.es

La información de esta cláusula constituye un extracto del Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de UNACSA, en el que, en cumplimiento de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente de Entidades Financieras, se define el procedimiento utilizado para atender y resolver las insatisfacciones y reclamaciones planteadas por los Asegurados y eliminar las causas que los han originado.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: Protección de datos

El Asegurador se obliga a la más estricta observancia de las disposiciones de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los derechos digitales y del Reglamento UE 679/2016, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, Reglamento General de Protección de Datos y demás normativa que sea de aplicación, comprometiéndose asimismo a no utilizar los datos de los Asegurados para fines distintos de los derivados de la Póliza de Seguro concertada y obligándose al secreto profesional respecto de los mismos, aun después de finalizar la relación contractual aquí establecida.

Asimismo, el Tomador se obliga a informar al Asegurado de la existencia del seguro, de la compañía aseguradora con la que se suscribe el mismo, así como entregar una copia de las condiciones generales del seguro (incluyendo la referencia al tratamiento de datos personales).

El Asegurado quedará informado de que el Tomador comunicará al Asegurador sus datos personales que quedarán incorporados a tratamientos propiedad de UNIÓN DE AUTOMÓVILES CLUBS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, Sociedad Unipersonal (UNACSA).

Finalidades de los tratamientos de datos.

Los datos suministrados, con la finalidad de la contratación y gestión de su seguro y todos otros datos de carácter personal solicitados para tramitar los posibles siniestros, para las siguientes finalidades:

- La gestión de la actividad aseguradora y el cumplimiento del contrato de seguro.
- Valoración, delimitación, gestión y tramitación de riesgos.
- Prevención e investigación del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de los siniestros.
- Realización de estudios y cálculos estadísticos, análisis de tendencias y control de calidad.

UNACSA se compromete a no utilizar los datos del Asegurado para finalidades distintas de las anteriormente descritas.

Legitimación.

La base que legitima este tratamiento de datos es la necesidad del cumplimiento de las obligaciones que se derivan del presente servicio/contrato de seguro. Los datos serán conser-

vados, una vez finalizado el servicio, debidamente bloqueados, por un plazo máximo de 5 años.

Tratamiento de datos de salud.

Si fuera preciso y siempre con la finalidad de la prestación del servicio solicitado, presta su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos de salud y su posible cesión o comunicación a terceros implicados en la asistencia de las coberturas.

Cesiones de datos necesarias para la correcta prestación de los servicios.

1. Otras Entidades Aseguradoras para la prestación del servicio contratado y la gestión y tramitación de riesgos.

2. Entidades regulatorias del sector seguros con fines estadísticos, prevención del fraude y gestión del riesgo.

3. La cesión de los datos personales, incluidos datos de salud, podrá realizarse también a terceros implicados en la asistencia de las coberturas contratadas, como son colaboradores, tanto nacionales como extranjeros, hospitales y centros médicos, taxis o medios de transporte, o cualquier otra entidad para la prestación de la asistencia de las coberturas incluidas en el contrato de seguro.

Las cesiones de datos contempladas podrán realizarse a entidades ubicadas en terceros países fuera del Espacio Económico Europeo, cuya legislación no ofrece un nivel protección de datos equivalente al de la Unión Europea.

Responsable del tratamiento.

Identidad: UNIÓN DE AUTOMÓVILES CLUBS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, Sociedad Unipersonal
Dirección: C/Isaac Newton 4, Parque Tecnológico de Madrid; 28760 Tres Cantos (Madrid).

Derechos.

Conforme a lo establecido en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, el Asegurado tiene la posibilidad de ejercitar sobre sus datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, dirigiéndose al Departamento de RACE TURISMO de UNACSA, sito en la calle de Isaac Newton 4, Parque Tecnológico de Madrid, 28760 Tres Cantos – Madrid, acreditando su identidad, el colectivo al que pertenece y concretando su solicitud. Igualmente podrá dirigirse por escrito mediante fax 918035831, o a la dirección de correo electrónico race.es previa acreditación personal y concretando su solicitud. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá dirigirse al Delegado de Protección de Datos de UNACSA (dpo@race.es) o podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Igualmente, respecto de su relación con el Tomador, el Asegurado tiene la posibilidad de ejercitar sobre sus datos los derechos de derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, al departamento de Atención al Cliente UTE MUNDIPLÁN II, Avda. de la Institución Libre de Enseñanza, nº 41 3º, 28037 – Madrid, previa acreditación personal, previa acreditación personal y concretando su solicitud.

Las partes se obligan, mutua y recíprocamente, durante y con posterioridad a la vigencia de este Contrato, a tratar toda la información manejada, los resultados que se obtengan de la ejecución del Contrato, así como las informaciones que se faciliten mutuamente, de forma estrictamente confidencial, utilizándola única y exclusivamente para los fines que se expresan en este Contrato, todo ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones relativas a los datos de carácter personal.

Las partes se responsabilizan del cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, así como de las obligaciones que dimanen del presente documento, respondiendo y manteniendo indemne a la parte contraria de cualquier incumplimiento en que incurran personalmente.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA: Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán dentro del término de dos años si son consecuencia de daños materiales y de cinco años si son consecuencia de daños personales.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA: Jurisdicción

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del presente contrato, el del domicilio del Asegurado.