

Pliego de condiciones de la póliza de seguro de accidentes para grupos

Art. 1 La situación de siniestro

- I. El asegurador garantiza protección en caso de accidentes que le ocurran al asegurado durante el periodo de vigencia del contrato. Los tipos de prestaciones asegurables se infieren del Art. 7. En la solicitud y en la póliza del seguro figuran los tipos de prestaciones acordados contractualmente en cada caso.
- II. La protección del seguro incluye accidentes en todo el mundo.
- III. Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita (suceso causante del accidente), externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- IV. También se considerará accidente aquellas circunstancias en que debido a un elevado esfuerzo en los miembros o en la columna vertebral
 - (1) se disloque una articulación o
 - (2) se distiendan o se desgarran músculos, tendones, ligamentos o cápsulas.

Art. 2 Exclusiones

Estarán excluidos de la protección del seguro:

- I.
 - (1) Accidentes ocurridos como consecuencia de trastornos mentales o de la conciencia, también si se deben a estados de embriaguez, y los sobrevenidos como consecuencia de apoplejía, ataques de epilepsia u otras convulsiones que afecten a todo el cuerpo del asegurado.
Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro cuando dichos trastornos o ataques sean ocasionados por un accidente objeto del presente contrato.
 - (2) Accidentes ocurridos al asegurado como consecuencia de cometer o intentar cometer un acto delictivo de manera intencional.
 - (3) Accidentes que hayan sido provocados directa o indirectamente por situaciones de guerras internacionales o civiles; accidentes como consecuencia de disturbios internos, si el asegurado ha participado en el bando del alterado.
 - (4) Accidentes del asegurado
 - a) como conductor de vehículos aéreos (incluso como piloto de vehículos usados en aviación deportiva), en tanto necesite un permiso para tales efectos según la legislación alemana, y como otro miembro de la tripulación de un vehículo aéreo;
 - b) en caso de una actividad profesional que deba ser desempeñada con ayuda de un vehículo aéreo;
 - c) en caso de utilizar vehículos espaciales.
 - (5) Accidentes que le ocurran al asegurado al participar como conductor, acompañante u ocupante de un vehículo a motor con motivo de certámenes deportivos, incluso los correspondientes a ejercicios prácticos, en los cuales se superen velocidades elevadas.
 - (6) Accidentes causados directa o indirectamente por la energía nuclear.
- II.
 - (1) Lesiones a la salud como consecuencia de radiaciones.
 - (2) Lesiones a la salud como resultado de medidas terapéuticas o intervenciones que el asegurado lleve a cabo u ordene llevar a cabo en su cuerpo.
Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que las intervenciones o las medidas terapéuticas, incluso por radiodiagnóstico y radioterapia, hayan sido llevadas a cabo como consecuencia de un accidente objeto del presente contrato.
 - (3) Infecciones.
Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que los agentes patógenos hayan llegado al cuerpo como consecuencia de una lesión a raíz de algún accidente objeto del presente contrato.
No se considerarán lesiones por accidente las lesiones de la piel y de las mucosas que como tales sean de poca importancia y a través de las cuales lleguen agentes patógenos al cuerpo de forma inmediata o bien posteriormente. Dicha restricción no se aplicará en caso de rabia y de tétanos.
En caso de infecciones provocadas por medidas terapéuticas, se aplicará (2) par. 2.
 - (4) Intoxicaciones por haber ingerido sustancias sólidas o líquidas a través de la garganta.
- III.
 - (1) Hernia ventral o hipogastrocele.
Ahora bien se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que dichas lesiones sean originadas por un factor violento externo incluido en el ámbito de aplicación del presente contrato.
 - (2) Lesiones en los discos intervertebrales así como hemorragias en órganos internos y hemorragias cerebrales. Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que la causa principal sea un accidente incluido en el ámbito de aplicación del presente contrato en virtud del art. 1 III.
- IV. Trastornos patológicos debidos a reacciones psíquicas, sin importar cuál sea su origen.

Art. 3 Personas no susceptibles de seguro

- I. No serán susceptibles de seguro ni serán aseguradas, aún satisfaciendo la cuota correspondiente, aquellas personas que necesiten asistencia permanente así como los enfermos mentales. Las personas que necesitan asistencia son aquellas que precisan de ayuda externa para la realización de las tareas cotidianas.
- II. La protección del seguro caducará en cuanto el asegurado no sea susceptible de seguro en virtud del apdo. I El seguro finalizará de manera simultánea.
- III. Se deberá devolver la cuota satisfecha a favor de las personas que necesitan asistencia permanente y a los enfermos mentales desde la fecha de formalización del contrato o de la aparición de la circunstancia de imposibilidad de ser aseguradas.

Art. 3a Deber de aviso precontractual por parte del tomador del seguro

El tomador del seguro deberá responder verazmente a las preguntas de la solicitud del seguro. En caso de vulneración intencionada de dicha obligación, el asegurador podrá desistír del contrato o bien impugnarlo o quedar libre del deber de prestación en virtud de las disposiciones contenidas en los artículos 16 a 22 de la Ley sobre el contrato de seguro (véase anexo a las presentes condiciones).

Art. 3b Derecho de revocación y oposición del tomador del seguro

- I. En caso de un contrato de varios años de vigencia, el tomador del seguro poseerá un derecho legal de revocación sobre el cual debe ser debidamente informado. Dicho derecho de revocación no existirá en el caso de que y mientras el asegurador conceda protección inmediata al tomador del seguro a petición de este último o bien si, de acuerdo con el contenido de la solicitud, el seguro está determinado para la actividad industrial o autónoma ya desempeñada por el tomador del seguro. En caso de omitirse la información, el derecho de revocación caducará un mes después del pago de la primera cuota.
- II. En caso de que las condiciones del seguro vigentes para el contrato o el resto de la información al usuario relevante para el contenido del contrato no sean remitidas hasta que se envíen junto con la póliza del seguro, en lugar del derecho de revocación en virtud de I., el tomador del seguro poseerá un derecho legal de oposición sobre el que deberá ser debidamente informado.
En caso de omitirse dicha información o si no obra en poder del tomador del seguro de forma íntegra la póliza del seguro, las condiciones del seguro o la información al usuario, éste podrá proceder a la oposición incluso en el plazo de un año a partir del pago de la primera cuota.

Art. 4 Inicio y final de la protección del seguro / derecho potestativo contractual

- I. La protección del seguro comienza en cuanto se haya satisfecho la primera cuota, pero como mínimo en la fecha consignada en la póliza de seguro. En el caso de que la primera cuota se exija posteriormente, y sea satisfecha en un plazo de 14 días, la protección se iniciará en la fecha consignada en la póliza.
- II. El contrato podrá finalizar mediante rescisión por escrito de cualquiera de las partes
 - (1) al expirar el periodo de duración acordado.
La rescisión deberá comunicarse como máximo tres meses antes de la expiración del contrato, en defecto de ello, el contrato se prorrogará cada vez por un año más.
 - (2) Al finalizar el quinto año o cada año posterior en caso de que se haya formalizado un contrato por una duración de más de cinco años.
La rescisión deberá obrar en poder de la parte contractual como máximo tres meses antes de que expire el quinto año o el año posterior:

- (3) Si el asegurador ha efectuado una prestación en virtud del art. 7 o se ha interpuesto una demanda contra él para reclamar dicha prestación. La rescisión deberá obrar en su poder como máximo un mes con posterioridad a la prestación o, en caso de litigio, después del desistimiento de la demanda, admisión, arreglo o firmeza de la sentencia. La rescisión será efectiva transcurrido un mes a partir de la notificación.

III. Cuando la duración acordada sea inferior a un año, el contrato finalizará en la fecha especificada en la póliza sin necesidad de rescisión.

IV. La protección del seguro perderá su vigencia en el instante en que el asegurado preste algún servicio militar o una formación similar en la guerra o en una unidad vinculada a ésta. La protección del seguro recuperará su vigencia en cuanto el tomador del seguro comunique al asegurador que ha finalizado el servicio en cuestión.

Art. 5 Cuotas, vencimiento y mora

I. Las cuotas incluyen los impuestos del seguro correspondientes y los gastos accesorios estipulados. La primera cuota o la cuota extraordinaria vencerán, si no se han convenido términos distintos, inmediatamente después de formalizarse el contrato de seguro. Las cuotas sucesivas se deberán satisfacer el primer día del mes de vencimiento, siempre y cuando no se hayan acordado términos distintos.

II. En caso de que no se satisfaga puntualmente el pago de la cuota, se aplicarán las disposiciones contenidas en los arts. 38 y 39 de la Ley del contrato del seguro (LCS). En caso de pago parcial de la cuota anual, los plazos pendientes del importe anual vencerán de inmediato si el tomador del seguro incurre en mora con el pago de un plazo. Las cuotas sucesivas atrasadas podrán reclamarse judicialmente únicamente en el plazo de un año a partir de que transcurran los plazos de pago fijados en virtud del art. 39 apdo. 1 de la LCS.

III. En caso de finalización prematura del contrato, el asegurador tendrá derecho únicamente a la parte de la cuota que corresponda al periodo de seguro transcurrido.

IV. En el caso del Art. 4 IV. se interrumpirá el deber de pago de la cuota.

Art. 6 Cambio de la actividad profesional u ocupación, servicio militar

I. Deberán comunicarse sin dilación todas aquellas modificaciones relativas a la actividad profesional u ocupación del asegurado que tengan lugar dentro del periodo de vigencia del contrato. La prestación del servicio militar o del servicio civil así como la participación en ejercicios militares de reserva no son consideradas como modificación de la actividad profesional o la ocupación.

II. (1) En caso de originarse una cuota inferior correspondiente a una nueva actividad profesional u ocupación del asegurado según la tarifa vigente del asegurador en el momento del cambio, se deberá satisfacer únicamente dicha cuota transcurrido un mes a partir de la recepción de la notificación correspondiente.

(2) En caso de originarse una cuota superior se mantendrá vigente la protección según las sumas del seguro vigentes hasta ese momento, durante otros dos meses a partir de la fecha de modificación de la actividad profesional u ocupación. En caso de producirse un accidente transcurrido ese plazo sin que se haya notificado la modificación o se haya alcanzado un acuerdo acerca de la cuota, las sumas del seguro se reducirán en función de la cuota exigida a la cuota vigente hasta la fecha.

(3) a) En caso de que el asegurador no proporcione protección para la nueva actividad profesional u ocupación según su tarifa, el asegurador podrá rescindir el contrato. La rescisión será efectiva transcurrido un mes a partir de la recepción. El derecho a rescisión caducará
- si no se ejerce en un plazo de un mes a partir de la fecha en que el asegurador haya sido informado de la modificación, o
- si el asegurado ha reanudado su actividad profesional u ocupación.

b) En caso de que el tomador del seguro no haya remitido de inmediato la notificación de modificación, el asegurador quedará libre del deber de prestación, si el accidente ocurre transcurrido un mes a partir de la fecha en que la notificación hubiera debido obrar en poder del asegurador.

El deber de prestación del asegurador se mantendrá vigente si ya conocía la nueva actividad profesional u ocupación en la fecha en que la notificación hubiese debido obrar en su poder. Estos mismos términos serán de aplicación, si al ocurrir el accidente

- El plazo de rescisión del asegurador ha expirado y no se ha producido una rescisión o

- Si la nueva actividad profesional u ocupación no influye en el suceso del accidente ni en el alcance de la prestación del asegurador.

Art. 7 Los tipos de prestaciones

Los tipos de prestaciones acordados y sus cuantías (sumas del seguro) se infieren del contrato. Se aplicarán las siguientes disposiciones al origen del derecho y la determinación de las prestaciones.

I. Prestación de invalidez

(1) En el caso de que el accidente dé origen a una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas (invalidez) del asegurado, se generará el derecho a prestación de capital derivada de la suma asegurada para el caso de invalidez. En el caso de que el asegurado haya cumplido 65 años al ocurrir el accidente, la prestación se efectuará en forma de pensión según el art. 14.

La invalidez deberá aparecer dentro del periodo de un año a partir del accidente, ser constatada por el médico y reclamarse como máximo antes de transcurrir un plazo de otros tres meses.

(2) La cuantía de la prestación irá en función del grado de la invalidez.

a) Tendrán la consideración de grados de invalidez fijos, a reserva de la constatación de una invalidez de grado superior o inferior- al perderse la capacidad funcional de

un brazo en la articulación escapulohumeral 70 por ciento

un brazo hasta por encima de la articulación cubital 65 por ciento

un brazo hasta por debajo de la articulación cubital 60 por ciento

una mano en la muñeca 55 por ciento

un pulgar 20 por ciento

un índice 10 por ciento

otro dedo 5 por ciento

una pierna hasta por encima de la mitad del muslo 70 por ciento

una pierna hasta la mitad del muslo 60 por ciento

una pierna hasta por debajo de la rodilla 50 por ciento

una pierna hasta la mitad de la pantorrilla 45 por ciento

un pie en la articulación del pie 40 por ciento

un dedo gordo del pie 5 por ciento

uno de los otros dedos del pie 2 por ciento

un ojo 50 por ciento

el oído en un pabellón auditivo 30 por ciento

el olfato 10 por ciento

el gusto 5 por ciento

b) En caso de pérdida parcial o discapacidad funcional de alguna de dichas partes del cuerpo u órganos sensoriales se tendrá en consideración la parte correspondiente del porcentaje según a).

c) En caso de que a raíz del accidente queden afectadas partes del cuerpo u órganos sensoriales cuya pérdida o discapacidad funcional no estén reguladas en los apartados a) o b), será determinante en qué medida son afectadas las capacidades físicas o mentales normales teniendo en consideración exclusivamente el punto de vista médico.

d) En caso de que a raíz del accidente queden afectadas varias funciones físicas o psíquicas, se sumarán los grados de invalidez que resulten de (2). Ahora bien, no se tendrá en consideración más del 100 por ciento.

(3) En caso de que a raíz de un accidente quede afectada una función física o psíquica que ya estaba afectada anteriormente de forma permanente, se procederá a descontarse la cuantía de dicha invalidez que ya se sufría anteriormente. Ésta se determinará según (2).

(4) En caso de fallecimiento a raíz del accidente un año después de que este haya ocurrido, no existirá ningún derecho a prestación por invalidez.

- (5) En caso de que el asegurado fallezca debido a una causa ajena al accidente dentro del año siguiente a la fecha en que éste haya ocurrido o independientemente del motivo- después de haber transcurrido un año a partir de la fecha del accidente, habiéndose originado un derecho a prestación por invalidez según (1), se deberá efectuar la prestación según el grado de invalidez que se hubiese debido computar basándose en el último diagnóstico médico.

II.

Prestación transitoria

En caso de que transcurridos seis meses desde la fecha del accidente sin concomitancia de enfermedades o dolencias existiera otro trastorno de las capacidades físicas o psíquicas normales causada por el accidente, dentro del ámbito laboral o extralaboral, de más del 50 por ciento y dicho trastorno hubiera persistido hasta entonces de forma ininterrumpida, se efectuará la prestación transitoria establecida en el contrato. Para su reclamación remitase al Art. 9 VI.

III.

Dietas diarias

- (1) En caso de que el accidente dé origen a una disminución de la capacidad laboral, se hará efectiva una dieta diaria por el tiempo de duración del tratamiento médico. La dieta diaria se calculará en función el grado de dicha disminución de la capacidad laboral. La determinación del grado de disminución se regirá por la actividad profesional u ocupación del asegurado. La dieta diaria se satisfará como máximo por un periodo de un año a contar a partir de la fecha del accidente.

IV.

Dietas hospitalarias

- (1) Se hará efectiva una dieta hospitalaria por cada día natural que el asegurado esté ingresado en régimen de hospitalización completa para someterse a tratamiento médico necesario por motivo del accidente. Ahora bien, dicha prestación será de como máximo dos años a partir del día del accidente.
- (2) Dicha dieta no se satisfará en casos de alojamientos en sanatorios, casas de convalecencia y estaciones termales.

V.

Prestación por concepto de recuperación

- (1) El asegurado percibirá durante el mismo número de días naturales para los cuales el asegurado haya percibido dieta diaria/hospitalaria debido al accidente, una prestación por concepto de recuperación por la cuantía de la dieta hospitalaria asegurada, no debiendo exceder de una duración de 4 semanas en total por accidente.
- (2) En caso de varias estancias en régimen de hospitalización completa debido al mismo accidente se considerarán como una estancia hospitalaria ininterrumpida.
- (3) El derecho a prestación por concepto de recuperación se originará con el alta en el hospital.

VI.

Prestación en caso de fallecimiento

En caso de que el accidente provoque el fallecimiento dentro de un periodo de un año, se originará un derecho a prestación según las sumas aseguradas para el caso de fallecimiento. Para su reclamación remitase al Art. 9 VI

Art. 8 Limitación de las prestaciones

En caso de que haya enfermedades o dolencias de efectos concomitantes a la lesión a la salud o sus consecuencias provocadas por un accidente, la prestación se reducirá en función del porcentaje de la enfermedad o de la dolencia, siempre y cuando dicho porcentaje sea de como mínimo 25 por ciento.

Art. 9 Las obligaciones en caso de ocurrir un accidente

I.

Tras un accidente que, presumiblemente, dé lugar a obligación de prestación, se deberá avisar de inmediato a un médico y comunicárselo al asegurador. El asegurado deberá seguir las instrucciones médicas y de esta manera reducir al mínimo las consecuencias del accidente.

II.

El parte del accidente remitido por el asegurador deberá complementarse con datos verdaderos y hacerse llegar al asegurador sin la menor dilación. Aparte de ello se deberá proporcionar de inmediato la información pertinente que sea solicitada.

III.

El asegurado deberá procurar que los informes y documentos solicitados por el asegurador se remitan lo antes posible.

IV.

El asegurado deberá someterse a reconocimiento por los médicos comisionados por el asegurador. El asegurador correrá con los gastos necesarios, incluso cualquier lucro cesante que se origine en tales términos.

V.

Los médicos que hayan tratado o examinado al asegurado (incluso si es por otros motivos), así como otros aseguradores, instituciones de seguros y autoridades deberán tener la facultad para proporcionar toda la información necesaria.

VI.

El tomador del seguro tendrá derecho a reclamar un pago por concepto de prestación transitoria como máximo siete meses después de la fecha en que se haya producido el accidente, aportando un certificado médico para los efectos de justificación de dicho pago.

VII.

En caso de que el accidente provoque el fallecimiento, deberá comunicarse tal circunstancia en un plazo de 48 horas, incluso si el accidente ya ha sido notificado. La notificación deberá realizarse mediante telegrama. Se deberá conceder al asegurador el derecho de que comisione a un médico por su cuenta para que realice la autopsia del cadáver.

Art. 10 Consecuencias en caso de vulneración de obligaciones

Si se vulnera una de las obligaciones de cumplimiento después de que ocurra el accidente, el asegurador quedará libre del deber de prestación, a no ser que no se haya vulnerado la obligación ni intencionalmente ni por negligencia grave. En caso de vulneración por negligencia grave, el asegurador estará obligado al deber de prestación siempre que la vulneración no haya tenido influencia en la determinación del accidente ni en la cuantificación de la prestación.

Art. 11 Vencimiento de las prestaciones

I.

En cuanto obren en poder del asegurador los documentos que deba aportar el tomador del seguro para justificar la causa del accidente y de sus consecuencias, así como los relativos a la finalización del tratamiento terapéutico necesario para determinar la invalidez, el asegurador estará obligado a comunicar en el plazo de un mes (en casos de derechos por invalidez en el plazo de tres meses) si reconoce un derecho y en caso afirmativo, cuál es su cuantía.

El asegurador correrá con los honorarios médicos, originados al tomador del seguro para la justificación del derecho a prestación

en caso de invalidez hasta 1 por mil de la suma asegurada,

en caso de prestación transitoria hasta 1 por ciento de la suma asegurada,

en caso de dietas diarias hasta el importe de una dieta diaria,

en caso de dietas hospitalarias, hasta el importe de una dieta hospitalaria.

II.

En caso de que el asegurador reconozca el derecho, o bien el asegurador y el tomador del seguro hayan llegado a un acuerdo sobre el motivo y la cuantía, el asegurador deberá hacer efectiva la prestación en un plazo de dos semanas. Antes de finalizar el tratamiento médico, se podrá solicitar una prestación por invalidez en un plazo de un año después de la fecha del accidente, única y exclusivamente si se ha asegurado una suma para la contingencia de fallecimiento.

III.

En caso de estar establecido el deber de prestación en primera instancia sólo en lo relativo al motivo, el asegurador satisfará los debidos anticipos a petición del tomador del seguro.

IV.

El tomador del seguro y el asegurador están autorizados a volver a ordenar la determinación del grado de invalidez cada año a un médico, como máximo hasta tres años después del accidente. Este derecho deberá ejercerse por parte del asegurador prestando su declaración según I, y por parte del tomador del seguro en el plazo de un mes a partir de la recepción de dicha declaración.

En el caso de que la determinación definitiva diese como resultado una prestación por invalidez mayor a la que el asegurador haya hecho efectiva previamente, se deberá aplicar a la diferencia un interés del 5 por ciento anual.

Art. 12 Relaciones jurídicas de los intervinientes en el contrato

- I. En el caso de que el seguro formalizado cubra accidentes ocurridos a otra persona (seguro a terceros), el ejercicio de los derechos derivados del contrato no corresponden al asegurado, sino al tomador del seguro. Éste será responsable junto con el asegurado del cumplimiento de las obligaciones.
- II. Todas las disposiciones aplicables al tomador del seguro serán aplicables en su debida forma a sus derechohabientes y a otros solicitantes.
- III. Los derechos del seguro no podrán ser traspasados ni pignorados antes de su vencimiento sin el consentimiento del asegurador.

Art. 13 Notificación y declaración de voluntad

- I. Todas las notificaciones y declaraciones destinadas al asegurador se entregarán por escrito. Deberán dirigirse a la administración central del asegurador o a las oficinas indicadas como competentes en la póliza del seguro o en sus anexos. Los agentes del seguro no están facultados para su recepción.
- II. Si el tomador del seguro ha modificado su dirección, y no ha comunicado dicho cambio de dirección al asegurador, para una declaración de voluntad que deberá prestarse frente al tomador del seguro, bastará el envío de una carta certificada a la última dirección conocida por el asegurador. La declaración será efectiva en la fecha en la que llegue al tomador del seguro por transporte ordinario sin haberse producido el cambio de dirección.

Art. 14 Pago de pensiones en caso de invalidez

- I. Siempre y cuando se prevea el pago de pensiones por invalidez (Art. 7 I. (1)), en caso de una aportación de capital de 500 EUR se originarán los siguientes importes de pensiones anuales. El cómputo se basa en el año cumplido en el cual se produjo el accidente.

Edad	Importe de la pensión anual para	
	Hombres	Mujeres
65	54,31	44,94
66	56,51	46,70
67	58,84	48,61
68	61,30	50,68
69	63,92	52,93
70	66,68	55,37
71	69,60	58,01
72	72,69	60,88
73	75,96	63,99
74	79,44	67,36
y superior	83,16	71,01

- II. La pensión se hará efectiva a partir de la finalización del tratamiento médico, como máximo transcurrido el año siguiente al accidente, hasta finalizar el trimestre del año en el cual haya fallecido el asegurado. Ésta se hará efectiva anticipadamente el primer día de cada trimestre del año. A los efectos de comprobación de los requisitos para la percepción de la pensión, el asegurador estará autorizado a solicitar documentos de fe de vida. En caso de que el certificado no sea remitido de inmediato, el pago de la pensión quedará interrumpido a partir del siguiente vencimiento.
- III. El tomador del seguro y el asegurador podrán solicitar anualmente una nueva determinación de la pensión en un plazo de tres años a partir de la primera determinación.

Art. 15 Prescripción y plazo de interposición de demanda

- I. Los derechos derivados del presente contrato de seguro prescriben a los dos años. El plazo empieza a contar con el final del año en que se puede exigir la prestación. Si se ha comunicado al asegurador un derecho del tomador del seguro, se interrumpirá la prescripción hasta la recepción de la decisión notificada por el asegurador por escrito.
- II. Si el asegurador deniega la protección del seguro, no habrá reclamación por protección del seguro si el tomador del seguro no la ha hecho válida ante los tribunales en un periodo de seis meses. El plazo empezará a contar con la puesta en conocimiento de la declaración por escrito del asegurador. Las consecuencias jurídicas de la inobservancia del plazo sólo tendrán lugar si el asegurador ha indicado en su declaración la necesidad de la puntualidad en el ejercicio del derecho ante los tribunales.

Art. 16 Fuero

- I. En caso de reclamaciones contra el asegurador derivadas del contrato de seguro, la autoridad judicial competente será en el domicilio del asegurador o el del establecimiento correspondiente al contrato del seguro. Si un agente de seguros ha intervenido en la realización del contrato, también lo será el tribunal del lugar en el que el agente desarrollaba su actividad profesional o, en defecto de un establecimiento profesional, su lugar de residencia.
- II. Las reclamaciones del asegurador contra el tomador del seguro podrán presentarse en el tribunal competente del lugar de residencia del tomador del seguro. Siempre que el contrato sea relativo a una actividad empresarial, el asegurador también podrá hacer efectivas sus reclamaciones ante el tribunal competente de la sede o el establecimiento profesional.

Art. 17 Disposiciones finales

Siempre y cuando no se establezcan términos distintos en las condiciones del seguro, se aplicará la normativa legal. Esto será de aplicación especialmente en el caso de las disposiciones legales incluidas en el anexo, que forman parte del contenido del contrato del seguro de conformidad con las condiciones del seguro.

Extracto de la Ley sobre el contrato del seguro de 30 de mayo de 1908 (LCS) con enmiendas posteriores

Art. 16

- (1) El tomador del seguro estará obligado a presentar por escrito al asegurador durante la celebración del contrato todas las circunstancias de peligro considerable para la asunción del riesgo. Las circunstancias de peligro considerable son aquellas necesarias para influir en la decisión del asegurador de celebrar o no el contrato con el contenido acordado. Una circunstancia por la cual el asegurador ha preguntado explícitamente y por escrito será considerada de peligro considerable en caso de duda.
- (2) En caso de que, en oposición a esta prescripción, el tomador del seguro omita notificar una circunstancia de peligro considerable, el asegurador podrá desistir del contrato. Esta disposición también es aplicable si no se ha notificado una circunstancia considerable porque el tomador del seguro ha evitado revelar el conocimiento de la circunstancia de manera dolosa.
- (3) El asegurador no tendrá derecho de desistimiento si conocía la circunstancia de peligro considerable no indicada o si se omitió la notificación de modo no culpable por parte del tomador del seguro.

Art. 17

- (1) El asegurador también podrá desistir del contrato si se han proporcionado datos incorrectos en la notificación acerca de una circunstancia de peligro considerable.
- (2) El asegurador no tendrá derecho de desistimiento si éste conocía el error o si los datos incorrectos no se indicaron de manera intencional por el tomador del seguro.

Art. 18

Si el tomador del seguro debía indicar las circunstancias de peligro considerable mediante preguntas por escrito efectuadas por el asegurador, éste sólo podrá desistirse por omisión de especificación de una circunstancia por la que no había preguntado expresamente, sólo en caso de que el tomador del seguro lo callara con carácter doloso.

Art. 19

Si el contrato se celebra con un apoderado del tomador del seguro o con un representante sin poder de representación, se tendrá en consideración a los efectos del derecho de desistimiento del asegurador, no sólo el conocimiento y la actuación dolosa del representante, sino también el conocimiento y la actuación dolosa del tomador del seguro. El tomador del seguro podrá alegar la no culpabilidad al omitir la circunstancia de peligro considerable o al proporcionar indicaciones incorrectas únicamente si no se le imputa ninguna culpa ni a él ni a su representante.

Art. 20

- (1) El desistimiento sólo podrá tener lugar en el periodo de un mes. El plazo empieza en el momento en que se pone en conocimiento del asegurador la vulneración del deber de notificación.
- (2) El desistimiento tendrá lugar mediante declaración ante el tomador del seguro. Siempre y cuando la ley no disponga términos distintos con relación a las primas, en caso de desistimiento ambas partes estarán obligadas a restituirse mutuamente las prestaciones recibidas; se pagarán intereses desde el momento de la recepción.

Art. 21

En caso de que el asegurador desista del contrato una vez se haya producido la situación de siniestro, éste no podrá negar la protección del seguro si el tomador del seguro demuestra que la circunstancia cuyo deber de notificación fue vulnerado, no ha tenido influencia en la aparición de la situación de siniestro ni al alcance de la prestación por parte del asegurador.

Art. 22

El derecho del asegurador a recurrir contra el contrato debido a engaño doloso sobre las circunstancias de peligro se mantiene intacto.

Art. 38

- (1) En caso de que la primera prima o la prima extraordinaria no sea satisfecha puntualmente, el asegurador estará autorizado a desistirse del contrato siempre y cuando el pago no se haya hecho efectivo. Se considerará desistimiento si no se reclama judicialmente el derecho a la prima en un plazo de tres meses a partir de la fecha de vencimiento.
- (2) En caso de que la prima no se haya satisfecho en el momento de originarse el siniestro, el asegurador quedará libre del deber de prestación.

Art. 39

- (1) En caso de que una prima de renovación no sea satisfecha puntualmente, el asegurador podrá fijar por escrito al tomador del seguro, con gastos a cargo de este último, un plazo de pago de como mínimo dos semanas; a los efectos de firma bastará una reproducción de la firma de su puño y letra. En tales términos deberán indicarse las consecuencias jurídicas, que según los apartados 2 y 3 estén relacionadas con la expiración del plazo. Si se fija un plazo sin tener en consideración estas normas, éste no será efectivo.
- (2) En caso de que el siniestro se produzca una vez expirado el plazo y el tomador del seguro haya incurrido en mora en el momento de dicha circunstancia con respecto al pago de las primas o de los intereses debidos o gastos, el asegurador quedará libre del deber de prestación.
- (3) Si el tomador del seguro siguiera demorándose en el pago, el asegurador podrá una vez transcurrido el plazo, rescindir el contrato sin tener que cumplir un plazo de rescisión. La rescisión ya puede declararse al fijarse el plazo de pago, de tal modo que la rescisión será efectiva en el transcurso del plazo de pago si el tomador del seguro aún se encuentra en demora con el pago. A continuación, deberá avisarse explícitamente al tomador del seguro en la rescisión. Si el tomador del seguro paga dentro del periodo de un mes después de la rescisión, si ésta ha sido vinculada a la determinación del plazo, dentro del periodo de un mes después del transcurso del plazo de pago de la cuota reclamada, el contrato continuará, siempre y cuando aún no se haya producido la situación de siniestro.
- (4) En cuanto las consecuencias jurídicas mencionadas en los apartados 2 y 3 dependan del hecho de que no se hayan satisfecho los intereses o los gastos, éstas únicamente serán de aplicación si la fijación del plazo especifica la cuantía de los intereses o el importe de los costes.

Condiciones adicionales del seguro de accidentes para grupos**Art. 1 Estipulaciones de aplicación a seguros sin indicación del nombre**

- (1) Las personas objeto de seguro deberán adoptar una denominación para la cual al producirse el siniestro, no se plantee ninguna duda sobre la pertenencia al grupo de personas aseguradas.
- (2) El tomador del seguro estará obligado a llevar listas ordenadas de personal, salario y miembros y permitir su consulta a petición de los órganos comisionados por el asegurador.
- (3) El asegurador solicitará al tomador del seguro al finalizar los periodos de tiempo en que se haya satisfecho la cuota anual de forma proporcional, que especifique el número de las personas aseguradas durante ese periodo de tiempo. Dichos datos deberán especificarse por meses y por la cifra máxima de cada mes. No se aceptará un cálculo de la media.
- (4) La cuota correspondiente se calculará sobre la base del número de personas aseguradas que se hayan constatado. En caso de hacerse efectivo un importe demasiado elevado o reducido para el periodo vencido, el asegurador deberá devolver el importe correspondiente (en el primer caso), y el tomador del seguro deberá completar el pago (en el segundo caso).
- (5) En caso de que el tomador del seguro omita los datos relativos al número de personas durante un mes tras la recepción del requerimiento, el asegurador estará autorizado a exigir el importe sobre la base de la última cifra máxima de personas que se haya indicado. Ahora bien, el tomador del seguro tendrá derecho a acreditar el número correcto de personas durante el nuevo periodo de tiempo. En caso de que este número sea más reducido que el elegido para el cómputo de la cuota, se deberá devolver al tomador del seguro el importe que ha pagado de más. En caso de que el número fuera superior, éste deberá completar el pago con la diferencia.

Art. 2 Estipulaciones de aplicación a seguros con indicación del nombre

- (1) Las personas que se desvinculen del seguro deberán darse de baja y darse de alta a las personas que se incluyeran en su lugar. Éstas últimas se considerarán aseguradas a partir del momento en que se envíe el documento de inscripción.
- (2) Por otro lado, se pueden dar de alta en todo momento en el seguro personas aún no aseguradas si la profesión o la ocupación coinciden con las de las personas ya aseguradas. Se considerarán asegurados, aplicando las mismas cuotas que éstas últimas, desde el momento del envío de la inscripción.
- (3) Las personas con otra profesión u ocupación se considerarán aseguradas para todos los efectos válidos una vez se hayan acordado las sumas del seguro y la cuota.
- (4) El asegurador tiene derecho a denegar el seguro a cualquiera de las personas sin especificar ningún motivo. En caso de desestimación, la persona en cuestión se desvinculará del seguro en el plazo de un mes a partir de la fecha de desestimación. En concepto de cuota, ésta deberá satisfacer únicamente la correspondiente al periodo real de vigencia del seguro para esa persona.

Art. 3 Duración del contrato (anexo a art. 4 CGSA 88)

- (1) El contrato de seguro finalizará cuando se disuelva la empresa o la asociación.
- (2) La protección del seguro para cada asegurado se extinguirá:
 - a) Si cesa en la relación de servicio del tomador del seguro o de la asociación.
 - b) Si el asegurado inicia una nueva ocupación para la cual no se prevé ningún contrato de accidente según lo convenido.
 - c) Si se ha determinado por primera vez una invalidez a raíz de un accidente (Art. 11 CGSA 88) y el asegurador en el plazo de un mes tras la determinación primera ha advertido por escrito certificado que la protección del seguro caducará en el plazo de un mes a partir de la recepción de dicho escrito. En el caso de que el asegurador omita dicha advertencia en dicho plazo de un mes, seguirá estando vigente la protección del seguro

Limitación de las sumas del seguro

1. Riesgo de los pasajeros de vuelo

1.1 Se concederá protección en caso de riesgo de los pasajeros de vuelo (véase Art. 2. I (4) de las Condiciones Generales de Accidente (CGSA 88) por cada persona asegurada según las sumas del seguro acordadas, pero como máximo según las siguientes sumas:

EUR 1.000.000	para fallecimiento
EUR 2.000.000	para invalidez (prestación máxima de compensación en 100% invalidez)
EUR 250	para dietas diarias
EUR 250	para dietas hospitalarias / prestación en concepto de recuperación
EUR 10.000	para gastos de tratamiento
EUR 50.000	para prestación transitoria

1.2 En caso de que varias personas aseguradas mediante el presente contrato de seguro de accidentes para grupos, utilicen el mismo avión y si las sumas de seguro derivadas del contrato para dichas personas superan en total las cantidades de

EUR 10.000.000	para fallecimiento
EUR 20.000.000	para invalidez (prestación máxima de compensación en 100% invalidez)
EUR 2.500	para dietas diarias
EUR 2.500	para dietas hospitalarias / prestación en concepto de recuperación
EUR 100.000	para gastos de tratamiento
EUR 500.000	para prestación transitoria

dichos importes serán considerados sumas máximas del seguro para las personas en cuestión y las sumas del seguro de cada persona se reducirán en la proporción correspondiente.

2. En caso de otros accidentes, se aplicarán los siguientes términos:

En caso de que varias personas aseguradas sean afectadas por el mismo accidente, la prestación máxima del asegurador para el total de los asegurados estará limitada a

EUR 10.000.000

Condiciones particulares del seguro de lesiones relacionadas con la salud en caso de inmersiones en el marco del seguro de accidente

A título complementario al Art. 1 III. de las Condiciones Generales del Seguro de Accidente (CGSA 88), también ofrecemos protección en caso de lesiones características a la salud en caso de inmersiones, como por ejemplo, síndrome de descompresión, o lesiones en la membrana del tímpano, así como fallecimiento por sumersión o por asfixia bajo el agua, incluso si no se ha producido ningún accidente.

Condiciones particulares del coaseguro del riesgo pasivo de guerra en el marco del seguro de accidentes (CE riesgo de guerra 92)

(1) A título de modificación del Art. 2. I. (3) de las Condiciones Generales de Seguro de Accidente (CGSA 88) la protección del seguro se extiende a accidentes que el asegurado sufra a raíz de situaciones de guerra, siempre y cuando éste no pertenezca al grupo de participantes activos en la guerra internacional o en la guerra civil (riesgo de guerra pasivo).

Participantes activos serán también aquellos que suministren, transporten o utilicen determinados equipos, instalaciones, aparatos, vehículos, armas u otros materiales para dirigir la guerra, apoyando a la parte beligerante.

Estarán coasegurados los accidentes a raíz de atentados terroristas en relación causal con una guerra internacional o guerra civil, que sean perpetrados fuera de los territorios de las partes beligerantes.

(2) Quedan excluidos de la protección del seguro:

a) Accidentes, siempre y cuando el asegurado acuda al territorio de guerra, una vez haya estallado la guerra internacional o la guerra civil.

b) Accidentes, siempre y cuando el asegurado acuda al territorio de guerra por motivos de su profesión (p. ej. periodista, camarógrafo) a la espera de una posible guerra internacional o guerra civil;

c) Accidentes producidos por armas ABC (atómicas, biológicas o químicas),

d) Accidentes relacionados con una guerra o situación similar a la guerra entre potencias mundiales (China, Francia, Gran Bretaña, Japón, Rusia, EE.UU.).

e) Los accidentes relacionados con una guerra internacional o guerra civil, en caso de que el país en el cual el asegurado posea su residencia o estancia habitual participe en la guerra como parte beligerante, o si los acontecimientos de guerra tienen lugar en el territorio de ese país.

(3) Ahora bien, la protección del seguro según estas condiciones particulares estará vigente como máximo por una duración de 7 días después de la medianoche del día en que se hayan desencadenado las hostilidades.

Condiciones particulares sobre la inclusión de infecciones en el seguro de accidentes

En caso de seguros por accidente de médicos, dentistas, técnicos protésicos, médicos naturistas, terapeutas y comadronas, estudiantes de medicina, de odontología y personal auxiliar sanitario (enfermeros, enfermeras y ATS):

A título complementario del Art. 2 II. (3) párrafos 1 y 2 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) también serán considerados accidentes aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o a través de la inoculación de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz. Espirar, estornudar o toser no será equivalente a la circunstancia de la inoculación. En el caso de la tos, se contemplará únicamente en el caso de que mediante la acción de toser de un enfermo de difteria se introduzcan masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz.

En caso de seguros de accidente de veterinarios y estudiantes de veterinaria:

A título complementario del Art. 2 II. (3) párrafos 1 y 2 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) también serán considerados accidentes aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o a través de la inoculación de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz. Espirar, estornudar o toser no será equivalente a la circunstancia de la inoculación.

En caso de seguros de accidente de químicos y desinfectadores

Se incluirán en el seguro todas aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o mediante una infiltración súbita de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz.

Estarán excluidas las lesiones que se produzcan paulatinamente por circunstancias inherentes a la profesión, sobre todo como consecuencia de la inhalación habitual en caso de tratar profesionalmente con productos químicos (enfermedades profesionales).

En caso de coaseguro de enfermedades infecciosas agudas en caso de seguros de enfermedad de expertos en desinfección

En caso de que el experto en desinfección, durante el ejercicio de su profesión, sea contagiado de la misma enfermedad que un enfermo de una dolencia infecciosa aguda (p. ej. tífus, cólera, viruela, difteria, sarampión, escarlatina, meningitis cerebroespinal), que pueda demostrarse en términos médicos que fue incubada a partir del día de la desinfección, las consecuencias de la enfermedad serán consideradas del mismo modo que las consecuencias de un accidente, efectuándose las mismas prestaciones.

Condiciones particulares sobre la inclusión en el seguro de accidentes de lesiones a la salud provocadas por rayos X y rayos láser

Las prescripciones contenidas en el art. 2 II (1) de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) serán modificadas en la medida en que las lesiones a la salud producidas por rayos X y rayos láser y rayos ultravioletas generados artificialmente estén aseguradas siempre y cuando constituyan un accidente en virtud del Art. III de las CGSA 88. En tales términos estarán excluidas de la protección del seguro por ejemplo aquellas lesiones producidas por rayos X o rayos láser que surjan como consecuencia del trabajo habitual con rayos X y rayos láser y que sean enfermedades profesionales.

Condiciones válidas únicamente con un acuerdo previo:

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 225% (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el doble de la suma de invalidez,
- por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, el triple de la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 300% (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el triple de la suma de invalidez,
- por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, cuatro veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 350 % de la suma de invalidez (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el triple de la suma de invalidez,
- por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, cinco veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 500% (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, cinco veces de la suma de invalidez,
- por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, siete veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez (progresión 540%) (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, la siguiente tabla se tomará como base del cómputo de la prestación de invalidez:

Grado de invalidez en % suma base de invalidez	Prestación en % de la suma base de invalidez	Grado de invalidez en %	Prestación en % de la
1 a 25	simple	86	280
26	28	87	285
27	31	88	290
28	34	89	295
29	37	90	300
30 a 39	70	91	305
40 a 49	100	92	310
50 a 59	150	93	315
60 a 69	200	94	320
70 a 80	250	95	325
81	255	96	368
82	260	97	411
83	265	98	454
84	270	99	497
85	275	100	540

- Los grados de invalidez con decimales se redondearán al número entero más elevado.

- En caso de que haya enfermedades o dolencias de efectos concomitantes a la lesión a la salud o sus consecuencias provocadas por un accidente, el grado de invalidez se reducirá en función del porcentaje de la enfermedad o de la dolencia, siempre y cuando dicho porcentaje sea de como mínimo 25 por ciento. 5. A esta escala progresiva de invalidez no se aplicará el Art. 8 CGSA 88.

Condiciones particulares sobre las prestaciones adicionales en caso de un grado de invalidez a partir del 70 por ciento o 90 por ciento (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- En caso de que un accidente que ocurra al asegurado antes de que haya cumplido 65 años, origine según los principios de determinación de los apartados (2) y (3) una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas de
 - como mínimo 70 por ciento, el asegurador efectuará el doble de la prestación de invalidez;
 - como mínimo 90 por ciento, el asegurador efectuará el triple de la prestación de invalidez;
- La prestación adicional se limitará para cada persona asegurada a 200.000 EUR como máximo. En caso de que haya en vigor otros seguros de accidente en Generali Versicherung AG para la persona asegurada, se tendrá en consideración el importe máximo para todos los seguros juntos.

Condiciones particulares sobre las prestaciones adicionales en caso de un grado de invalidez a partir del 90 por ciento (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- En caso de que un accidente que ocurra al asegurado antes de que haya cumplido 65 años, origine según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas de como mínimo 90 por ciento, el asegurador efectuará el doble de la prestación de invalidez.
- La prestación adicional se limitará para cada persona asegurada a 200.000 EUR como máximo. En caso de que haya en vigor otros seguros de accidente en Generali Versicherung AG para la persona asegurada, se tendrá en consideración el importe máximo para todos los seguros juntos.

Condiciones particulares sobre el coaseguro de gastos de salvamento en el marco del seguro general de accidentes (CE gastos de salvamento 9I) (si se ha acordado)

- (1) En caso de que el asegurado haya sufrido alguno de los accidentes objeto del contrato de seguro, el asegurador restituirá los gastos necesarios generados hasta la cuantía de la cuota establecida en la póliza para:
 - a) Unidades de búsqueda, rescate o salvamento de servicios de rescate organizados en régimen de derecho público o privado, siempre y cuando se facturen tasas habitualmente,
 - b) Transporte de los heridos al hospital más próximo o a una clínica especial, siempre y cuando sea necesario y así se indique desde el punto de vista médico,
 - c) Gastos adicionales para el retorno del herido a su residencia habitual, siempre que los gastos adicionales se basen en indicaciones médicas o fueran inevitables debido al tipo de lesión,
 - d) Transporte a la última residencia habitual, en caso de fallecimiento.
- (2) En caso de que el asegurado deba responder por los gastos según 1. a), aunque no haya sufrido ningún accidente, pero que amenazara con ocurrir inmediatamente o que pudiera perverse según circunstancias concretas, el asegurador estará obligado igualmente a restituir el gasto.
- (3) En caso de incluirse otra persona obligada al resarcimiento, el derecho a devolución frente al asegurador únicamente podrá hacerse valer por los gastos restantes. En caso de que el otro obligado al resarcimiento impugne su deber de prestación, el tomador del seguro podrá dirigirse inmediatamente al asegurador.
- (4) En caso de existir varios seguros de accidente a favor del asegurado en Generali Versicherung AG, los gastos de salvamento coasegurados podrán reclamarse únicamente de uno de esos contratos.
- (5) El importe máximo establecido en la póliza para el resarcimiento de gastos no se aplicará en caso de un incremento acordado según plan para otros tipos de prestaciones (incremento de prestación y cuota).

Condiciones particulares sobre el coaseguro de gastos de operaciones de cirugía cosmética en el marco del seguro de accidentes (si se ha acordado)

- (1) En caso de que a raíz de un accidente, la superficie corporal de la persona asegurada quede dañada o deformada de tal modo que al finalizar el tratamiento médico el aspecto externo de la persona asegurada presente una lesión permanente y que, por consiguiente, ésta decida someterse a una operación de cirugía cosmética para eliminar este defecto, el asegurador asumirá los gastos relativos a la operación y al tratamiento médico en lo que respecta a gastos de honorarios médicos pendientes, medicamentos, botiquín de urgencias y vendajes y otros medicamentos prescritos por el médico, además de los gastos derivados del ingreso y el cuidado en la clínica, hasta la cuantía de la suma del seguro convenida.
- (2) La operación y el tratamiento clínico de la persona asegurada deberán efectuarse antes de transcurrir el tercer año después del accidente. En caso de que la persona asegurada, al ocurrir el accidente, aún no haya cumplido 18 años de edad, el resarcimiento de los gastos se efectuará incluso si la persona asegurada no se somete a la operación y al tratamiento clínico dentro de ese periodo de tiempo, sino antes de cumplir los 21 años de edad.
- (3) Se excluirán del resarcimiento los gastos de alimentos, bebidas y tabaco, viajes a balnearios y viajes de recuperación, así como para asistencia de enfermería si el asistente sanitario no ha sido indicado por un médico.

Condiciones adicionales sobre ayuda para tratamientos en estaciones termales (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- (1) El asegurador satisfará tras un accidente en virtud del Art. 1 CGSA 88 el importe de 1.300 EUR si dentro de un periodo de tres años a partir de la fecha del accidente, el asegurado se ha sometido a una cura (tratamiento en una estación termal) de cómo mínimo tres semanas de duración, debido a las lesiones de salud aparecidas a raíz del accidente. Para la determinación de la ayuda se aplicará el art. 8 de las CGSA 88.
- (2) La necesidad médica de esta cura y la relación con el accidente se deberán acreditar mediante un certificado médico.
- (3) En caso de existir varios seguros de accidente a favor del asegurado en Generali Versicherung AG, la ayuda coasegurada para la cura podrá reclamarse únicamente de uno de esos contratos.
- (4) El importe máximo establecido en la póliza para la ayuda en concepto de cura no se aplicará en caso de un incremento acordado según plan para otros tipos de prestaciones (incremento de prestación y cuota).

Condiciones particulares sobre el seguro de accidentes de ocupantes de embarcaciones de recreo (si se ha acordado)

- (1) La protección del seguro se extenderá en el marco de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) a todos los accidentes que sufran los ocupantes autorizados. La protección se inicia con la entrada en la embarcación y finaliza una vez ésta haya sido desocupada.
- (2) Estarán asegurados todos los ocupantes autorizados de la embarcación excepto aquellas personas que se ocupen profesionalmente del mantenimiento y cuidado de la embarcación (empleados y barqueros).
- (3) En caso de siniestro la suma del seguro se dividirá entre el número de personas que se encontrasen en la embarcación en el momento del accidente. Cada persona estará asegurada con la correspondiente cuota parcial de la suma del seguro.
- (4) A las personas menores de 18 años se aplicarán además de las CGSA 88, las condiciones particulares de seguro de accidente infantil incluyendo las intoxicaciones. En caso de coaseguro de dietas diarias, el importe de la dieta diaria para esta persona se dividirá entre los demás ocupantes de la embarcación.
- (5) En virtud del Art. 2. I (5) de CGSA 88 no existirá protección del seguro en caso de accidentes que le ocurran al asegurado al participar como conductor, acompañante u ocupante de un vehículo a motor con motivo de certámenes deportivos, inclusive los correspondientes ejercicios prácticos, en las cuales se superen velocidades elevadas.

Condiciones particulares sobre el seguro de accidentes ocurridos fuera del trabajo (si se ha acordado)

- (1) El seguro cubrirá de conformidad con las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) única y exclusivamente los accidentes ocurridos fuera del ejercicio de la profesión y del trayecto directo desde y hacia el lugar de trabajo, es decir, aquellos accidentes que no son considerados como accidentes en virtud del Código de la Seguridad Social VII o como accidentes de trabajo en virtud de las normas de previsión del estatuto de funcionarios. En caso de duda, será preponderante la decisión de la institución del seguro legal de accidente o los servicios competentes en caso de accidentes laborales.
- (2)
 - a) No será de aplicación el Art. 6 de las CGSA 88. Deberá comunicarse al asegurador sin la menor dilación si el asegurado lleva más de dos meses sin estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o si no posee ningún derecho a previsión por accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios.
 - b) No serán de aplicación las presentes condiciones particulares en el caso de que el asegurado lleve más de dos meses sin estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o si hace dos meses que no posee ningún derecho a previsión por accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios. El contrato conservará su vigencia en virtud del Art. 6 de las CGSA 88.
 - c) En caso de que el asegurado vuelva a estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o bien si obtiene de nuevo derecho a asistencia en caso de accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios, deberá comunicárselo al asegurador sin la menor dilación. A partir de la fecha en que la notificación obre en poder del asegurador, el contrato entrará en vigor en la forma solicitada según número 1 de estas condiciones particulares.
- (3) Quedarán excluidos de la protección del seguro los accidentes ocurridos en la práctica de deportes por la cual se perciba una remuneración.

Hoja de instrucciones para procesamiento de datos

Nota preliminar

Actualmente, las compañías de seguros sólo pueden realizar sus tareas con la ayuda del procesamiento electrónico de datos (EDP). Solo se pueden tratar las relaciones contractuales de esta manera, rápida y económica. Comparado con el procedimiento manual previo, el EDP suministra a la comunidad aseguradora mejor protección contra prácticas injustas. El procesamiento de sus datos personales que se nos transmiten está regido por la *Bundesdatenschutzgesetz* [Ley federal de protección de datos (BDSG)]. En los términos de esta ley, el procesamiento y utilización de estos datos es posible si lo permite la BDSG o cualquier otra disposición legal similar, o si la parte implicada ha dado su autorización para ello. La BDSG permite invariablemente el procesamiento y utilización de datos si esto se realiza dentro del objeto de una relación contractual o de una relación confidencial similar a la de un contrato, o en la medida en que esto se requiera para el cumplimiento de los intereses justificados de quien controla el archivo y si no hay bases para suponer que los intereses de las partes implicadas que merecen protección tienen precedencia sobre la exclusión de procesamiento o utilización.

Declaración de conformidad

Independientemente de esta consideración de intereses que debe realizarse en cada caso individual y con respecto a una base legal segura para el procesamiento de datos, se incluye una declaración de consentimiento en su solicitud de acuerdo con la BDSG. Esto será efectivo más allá de la finalización del contrato de seguro, pero terminará ya al rechazar la solicitud o debido a su revocación, que es posible en cualquier momento pero está sujeta a los principios de lealtad y buena fe. Si se retirara la declaración de consentimiento en todo o en parte presentando la solicitud, es posible que no se lleve a cabo una conclusión del contrato. Pese a la revocación o a una declaración de consentimiento retirada en todo o en parte, el procesamiento o utilización de los datos puede seguir dentro del marco legal limitado, como se especifica anteriormente en la nota preliminar.

I. Almacenamiento de datos mediante su asegurador

Almacenamos los datos requeridos por el contrato de seguro, es decir, los detalles mencionados en su solicitud (datos de la solicitud). Más aún, los datos actuariales del contrato, como el número de referencia del cliente (número de referencia del asociado), la suma del seguro, la duración del seguro, la prima, la conexión bancaria así como, de ser necesario, los detalles de un tercero, como sería un agente o un experto (datos contractuales). En caso de que ocurra un evento asegurado, guardamos los detalles sobre el daño suministrados por usted y, si fuera necesario, también los detalles suministrados por terceros, como serían las opiniones presentadas por expertos.

II. Transmisión de datos a un reasegurador

En el interés de su persona asegurada, el asegurador invariablemente considerará una igualación de los riesgos que ha asumido. Por tanto, cedemos parte de los riesgos a un reasegurador nacional y extranjero en muchos casos. Estos reaseguradores requieren datos actuariales pertinentes de nosotros, como el número de referencia del seguro, la prima, el tipo de cobertura de seguro y riesgo, y la carga de primas por riesgos desusados y, en casos individuales, también sus datos personales. En la medida en que haya reaseguradores implicados en la evaluación de riesgos y daños, también se les suministrarán los documentos necesarios para este objetivo. En algunos casos, los reaseguradores empleando los servicios de otros reaseguradores a los que también les suministran los datos necesarios.

III. Transmisión de datos a otros aseguradores

Según la ley de contratos de seguros, al presentar su solicitud, en cada alteración contractual y en cada reclamación, la persona asegurada debe presentar al asegurador todas las circunstancias requeridas para la evaluación del riesgo y la liquidación del daño. Incluidos en esto están, por ejemplo, eventos asegurados o divulgaciones sobre otros seguros similares (que se hayan solicitado, existentes, rehusados o cancelados). Para evitar el abuso del seguro, para aclarar posibles contradicciones en las declaraciones de la persona asegurada o para cubrir omisiones en las declaraciones suministradas sobre los daños en que se haya incurrido, puede ser necesario pedir información a otros aseguradores o suministrar la información respectiva a solicitud de otros.

De otra forma, un intercambio de datos entre aseguradores puede hacerse necesario en casos individuales (doble seguro, transferencia de una reclamación ipso jure, acuerdo de reparto de pérdidas). En este proceso, se transmitirán los datos pertenecientes a la parte implicada, como su nombre y dirección, número de registro del vehículo, tipo de cobertura de seguro y riesgo o detalles referentes al daño, como la medida del daño o pérdida o la fecha de los mismos.

Ejemplo para un asegurador de la propiedad:

El registro del daño y las personas en caso de incendio intencionado o si el contrato se da por terminado a causa de sospechas de abuso del seguro y se alcanzan ciertas cantidades en pérdidas.

Objetivo:

Examen de riesgos, investigación de reclamaciones, prevención de abusos ulteriores

IV. Sistemas centrales de referencia

Al examinar una solicitud o pérdida, para evaluar el riesgo implicado o para aclarar la declaración de asuntos, o para evitar el abuso del seguro, puede hacerse necesario abordar averiguaciones con la asociación comercial responsable u otros aseguradores o para responder a las averiguaciones respectivas de otros aseguradores. Para este efecto, las asociaciones comerciales tienen sistemas de referencia centrales.

La *Verband der Schadenversicherer* [Asociación de aseguradores contra pérdidas o daños] (unión de las antiguas asociaciones: *Verband der Haftpflichtversicherer* [Asociación de aseguradores de responsabilidad legal], *Unfallversicherer* [Aseguradores contra accidentes], *Autoversicherer* [Aseguradores de automóviles] y *Rechtsschutzversicherer* [Aseguradores de gastos legales]) – Asociación HUK – *Verband der Sachversicherer* [Asociación de aseguradores de la propiedad], *Deutscher Transport-Versicherungs-Verband* [Asociación alemana de seguros de transporte] también tiene un sistema de información de este tipo.

El registro en este sistema de referencias y su posterior utilización sólo es posible para objetivos que puedan obtenerse por medio de este sistema, es decir, sólo en la medida en que se den determinados prerequisites.

Ejemplo para un asegurador de la propiedad:

Negativa a la indemnización debido a una violación intencional de garantía en caso de daños o pérdida.

Objetivo:

Examen de riesgos y detección de abuso del seguro.

Declaración de consentimiento referente a la protección de datos en solicitudes de seguro

“Otorgo mi consentimiento para que el Asegurador y sus compañías de prestación de servicios transmitan los datos resultantes de la documentación de la oferta o de la realización del contrato (primas, siniestros, modificaciones del riesgo/contrato), en la medida en que sea necesario, a reaseguradores para la evaluación del riesgo y para la liquidación del reaseguro, así como para la evaluación del riesgo y de las reclamaciones a otros seguros y/o al „Versicherungsverband“ [Asociación de Aseguradores] para la transmisión de estos datos a otros aseguradores. Este consentimiento es válido también independientemente de la formalización del contrato, así como para las debidas consideraciones en otras solicitudes de seguro y para solicitudes futuras.

Otorgo mi consentimiento, además, para que SITE oHG administre mis datos generales de solicitud, contrato y servicios en colecciones comunes de datos y los transmita a los agentes competentes para mí, en la medida que esto sirva para la realización reglamentaria de mis asuntos de seguro.

Los datos relativos a la salud sólo pueden ser transmitidos a aseguradores de personas y reaseguradores; pueden ser transmitidos a los agentes tan sólo en la medida en que esto sea necesario para la configuración del contrato.

Sin que esto influya en el contrato y de forma siempre revocable, otorgo, además, mi consentimiento para que el/los agente(s) de seguros pueda/puedan usar mis datos generales de solicitud, contrato y servicios para el asesoramiento y la asistencia también en otros servicios financieros.

Este consentimiento es válido sólo si he podido tomar conocimiento de la hoja de instrucciones para procesamiento de datos, que se me entregará junto con otras informaciones al consumidor legalmente previstas – sobre demanda, también en este mismo acto.”