

LOTE II

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TECNICAS - RIESGOS PERSONALES REFERIDOS A LAS COBERTURAS DE PÓLIZAS DE VIDA Y ACCIDENTES

SECCIÓN 1: VIDA DEL PERSONAL AL SERVICIO DE EBHISA, SME

CONDICIONES PARTICULARES DE LAS PÓLIZAS DE VIDA

El presente Condicionado es aplicable a la Póliza de Vida, de acuerdo a las estipulaciones de los compromisos que tenga reconocidos cada uno de los colectivos que dependen del tomador.

1) TOMADOR

European Bulk Handling Installation, S.A., SME

2) DURACIÓN

El contrato tendrá una duración inicial de un año, a contar desde las 00.00 horas del 1 de Abril de 2022, pudiendo ser prorrogado por un período anual. Las prórrogas se efectuarán mediante mutuo acuerdo por las partes, y notificación al Corredor de Seguros con una antelación mínima de tres meses a la finalización del período inicial de duración del contrato.

En el supuesto de que no se prorrogue, y en tanto en cuanto se resuelva la nueva licitación pública que al efecto se convoque la Entidad Aseguradora vendrá obligada a prorrogar el contrato en vigor, si el Tomador así lo solicitara, durante tres meses más. Las condiciones de prórroga serán las mismas que las del contrato en vigor, siendo su importe proporcional al tiempo prorrogado.

3) OBJETO DEL SEGURO

Contratación por parte de Ebhisa, como Tomador del Seguro, de la/s Póliza/s de Seguro de Vida para el Personal Empleado del mismo.

4) ASEGURADOS

Tendrán la consideración de asegurados por el presente contrato, todo el personal que preste sus servicios a favor del Tomador.

Se **considerarán automáticamente asegurados** bajo este contrato:

- A. **Personal que tenga relación laboral con el tomador:** Toda persona que en el presente o en el futuro se encuentre empleada al servicio del Tomador, independientemente de la edad, incluyendo tanto al personal fijo como al eventual, así como los acogidos mediante cualquier Acuerdo/s y/o Convenio/s al Tomador. Queda incluido en este apartado, tanto el personal funcionario, como los corporativos.
- B. **Personal de baja:** Aquel personal que se encuentre en situación de Incapacidad Temporal, invalidez provisional, incapacidad laboral transitoria, en situación de suspensión del contrato o en proceso de tramitación de la invalidez.
- C. **Personal mayor de 65 años:** Asimismo, queda expresamente convenido que continuará cubierto, y manteniendo todas las garantías, todo asegurado que haya cumplido 65 años, siempre y cuando permanezca en servicio activo a las órdenes del Tomador.
- D. **Personal minusválido** dado de alta al servicio del Tomador para todo siniestro que no se derive de dicha minusvalía.

En el supuesto de cese, por cualquier causa de pertenencia al colectivo asegurado, se conservarán los derechos que se deriven de enfermedades o accidentes ocurridos durante su pertenencia al colectivo asegurado, siempre y cuando la fecha del accidente, o la resolución del grado de invalidez, tuviera una fecha anterior al citado cese.

5) GARANTÍAS Y CAPITALS ASEGURADOS

Se garantiza mediante Póliza de Vida, el abono de las indemnizaciones previstas en el apartado siguiente, a los beneficiarios designados como consecuencia de:

- Fallecimiento por Cualquier Causa30.000,00 €
- Invalidez Permanente Total por Cualquier Causa.....30.000,00 €
- Invalidez Permanente Absoluta por Cualquier Causa 30.000,00 €
- Gran Invalidez por Cualquier Causa30.000,00 €

***Los capitales no son acumulativos.*

Los capitales y, en su caso las garantías, se modificarán en la misma forma, cuantía y proporción que lo sean las estipulaciones de cada uno de los Convenio/s y/o Acuerdo/s Regulador/es a que obedece la contratación del/os presente/s seguro/s. En cualquier caso los capitales indicados en las coberturas de invalidez, no son acumulativos.

El efecto inicial de la variación de las circunstancias a que se refiere el párrafo anterior, se retrotraerá a la fecha de efecto que se establezca en el Convenio/s y/o Acuerdo/s, con independencia de la fecha de publicación o comunicación de los mismos.

6) DEFINICIÓN DE COBERTURAS

■ **FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**

Por este seguro la Compañía garantiza, al fallecimiento del Asegurado cualquiera que sea la causa que lo produzca, enfermedad o accidente, el pago del capital estipulado, a los beneficiarios designados por el mismo.

Asimismo, se considerará cubierta la muerte producida por suicidio dentro del primer año de vigencia de la inclusión en el Grupo Asegurado, tanto, para el personal ya existente como para las nuevas incorporaciones.

■ **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ PROFESIONAL**

Por este seguro complementario, la Compañía garantiza el pago del capital estipulado, en el caso de que el Asegurado, a causa de enfermedad o accidente, quedara afectado por una incapacidad profesional total y permanente.

A efectos de este seguro, se entiende por incapacidad profesional total y permanente, la situación física irreversible, provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado y determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual o de una actividad similar de su formación y conocimientos profesionales.

■ **INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA**

Por este seguro complementario, la Compañía garantiza el pago del capital estipulado, en el caso de que el Asegurado, a causa de enfermedad o accidente, quedara afectado por una incapacidad absoluta y permanente.

A efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta, la situación física irreversible, provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

■ **GRAN INVALIDEZ**

Por este seguro complementario, la Compañía garantiza el pago del capital estipulado, en el caso de que el Asegurado, a causa de enfermedad o accidente, quedara afectado por una Gran Invalidez.

Se considera Gran Invalidez del Asegurado, la situación física o mental previsiblemente definitiva, cuya posibilidad de recuperación se estime médicamente como incierta, que inhabilite por completo al Asegurado para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, para los cuales necesitará de la ayuda de otra persona.

7) REGULARIZACIÓN DE PRIMA

Regularización única: Para la gestión de la póliza, y la simplificación de la labor administrativa, se propone una regularización única al vencimiento de cada anualidad, mediante la emisión de un único apéndice o suplemento.

Una vez al año, se solicitará al tomador listado de asegurados y modificaciones de capital y/o coberturas que hubieran podido producirse por convenio durante el periodo, salvo, que el tomador estime oportuno retrasar o adelantar, dicha regularización por algún motivo.

Con esta información se emitirá un único suplemento de regularización de la póliza, pero teniendo siempre presente que los empleados al servicio del Tomador están asegurados desde el momento en que entren a formar parte de la plantilla, tanto si son fijos como eventuales. En caso de que algún asegurado sufriera un siniestro antes del vencimiento y por lo tanto, no estuviera regularizado, servirá como prueba de cobertura la copia del TC2 para los empleados, o la certificación correspondiente para los Corporativos, procediendo a indemnizar al beneficiario, en función del capital asegurado que tenga recogido en el Convenio/Acuerdo aplicable que estuviera en vigor en el momento del siniestro.

Información: La información que se solicitará anualmente al tomador, para su regularización será la siguiente:

Renovación y Regularización:

Nombre y Dos Apellidos

DNI

Fecha de Nacimiento

Modificaciones del Convenio/Acuerdo Regulador:

-Fecha de Efecto desde la que corresponde la modificación.

-Copia del artículo con las modificaciones, o escrito del tomador notificando los nuevos capitales y coberturas.

Para facilitar la información anterior, será válida la presentación mediante correo electrónico, fax, carta o documento análogo.

Boletines de Adhesión: Se elimina este requisito de alta, por lo que no será necesario cumplimentar por parte de cada asegurado los boletines correspondientes, ni las declaraciones de salud.

Certificados Individuales: La pertenencia al colectivo asegurable se formalizará a través del Certificado Individual del seguro para cada uno de los asegurados, emitido en virtud del presente contrato. Éste contendrá la descripción de las coberturas y capitales asegurados, e indicará el beneficiario designado por el asegurado o el orden de prelación existente en el supuesto de no designación expresa.

A los asegurados que durante la vigencia del seguro realicen una modificación de los beneficiarios, se les remitirá a su atención personal, un nuevo Certificado Individual recogiendo esta modificación. Será

suficiente para proceder al cambio, el envío de una carta firmada por el asegurado, con el nombre de el/los nuevo/s beneficiario/s, indicando como referencia la póliza en la que solicitan el cambio y la fecha a partir de la cual deba de efectuarse dicha modificación.

8) CLÁUSULA DE ERROR ADMINISTRATIVO

El tomador está obligado a comunicar a la compañía las modificaciones que se produzcan en el grupo asegurado. No obstante, en caso de que por error u olvido no malintencionado del Tomador no se hubiera incluido en póliza a uno o varios trabajadores afectos al compromiso por pensiones instrumentado a través de la póliza, no se hubiera notificado la modificación de garantías o capitales a cubrir, o bien en el supuesto de que se hubiera notificado, se hubiera realizado erróneamente, y aquel/aquellos resultaran siniestrados, la compañía aseguradora lo asumiría siempre y cuando reúna las siguientes condiciones:

- a) Que las consecuencias del siniestro provengan de un riesgo amparado por la póliza y sufrido con posterioridad al alta del empleado en la empresa.
- b) Que el Tomador acredite que existe error administrativo, mediante la aportación del documento de alta (copia del TC2 para los empleados, copia del BOB donde figure el nombramiento de un Corporativo, o cualquier otro documento que acredite la relación laboral con el tomador), de efectos anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Con posterioridad, y en el plazo acordado en el sistema de administración de la póliza, se procederá a la liquidación de la prima que corresponda por el periodo comprendido entre el periodo.

9) ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES

Los Asegurados que sufran una situación de Incapacidad Temporal no deberán ser dados de baja de la Póliza, ni durante dicho periodo ni una vez que el mismo se haya agotado, hasta que el Instituto Nacional de la Seguridad social, u Organismo Oficial Competente, emita resolución firme y el Asegurador comunique su aceptación. En caso de que, por error, el Tomador haya comunicado la baja de un Asegurado por haber consumido todo el periodo legal de Incapacidad Temporal y posteriormente el Asegurado fallezca o le sea reconocida una Invalidez cubierta por la presente Póliza, sin que se haya extinguido la relación laboral con el Tomador, el Asegurador abonará la indemnización correspondiente previo pago de todas las primas consumidas desde el momento de la baja hasta el momento de acaecer la contingencia.

10) CLÁUSULA DEL CONSORCIO

De conformidad a lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros aprobado por el Real Decreto legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que obligatoriamente deben incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a los riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el consorcio de compensación de seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- A) que el riesgo extraordinario cubierto por el consorcio de compensación de seguros no este amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- B) 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 por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustara su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, en el Reglamento de seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004 de 20 de febrero y en las disposiciones complementarias.

11) EXTENSIÓN DE LAS COBERTURAS (ÁMBITOS TEMPORAL Y GEOGRÁFICO)

Los Asegurados quedan amparados por las coberturas de las pólizas de Vida, durante las veinticuatro horas y en todo el mundo, tanto para su vida ordinaria y particular, como para el ejercicio de su profesión.

12) CONTRATOS ANTERIORES

Modificación del convenio con efectos retroactivos: En el supuesto de que se estableciesen en el futuro diferentes capitales para cada una de las coberturas de invalidez (gran invalidez, absoluta o total), sería de aplicación lo siguiente:

En el momento de revisión, si como consecuencia de una agravación del grado de invalidez, el equipo de valoración de incapacidades, concede al asegurado un grado superior, se indemnizará al mismo por la diferencia, que con el nuevo grado le hubiese correspondido, siempre y cuando hubiera habido

diferencia entre el capital asegurado para el nuevo grado de invalidez y el realmente indemnizado, a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En dicho supuesto, la Compañía de seguros asumirá las diferencias de indemnizaciones derivadas de dicha agravación, y sin perjuicio de que se trate de la agravación de un siniestro anterior a la entrada en vigor del contrato con la Compañía de seguros.

Del mismo modo, si en el futuro se incrementaran los capitales correspondientes a una determinada cobertura con efecto retroactivo (anterior o posterior a la fecha de adjudicación del contrato) por cambios en los convenios colectivos, y/o acuerdos reguladores aplicables a estos colectivos, la compañía adjudicataria asumiría la diferencia a abonar entre el nuevo capital asegurado y el capital abonado en la fecha de siniestro siempre y cuando no fuese asumido por la compañía anterior.

13) CRITERIOS QUE HAN DE REGIR EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Las fechas a considerar en caso de siniestro, tanto para proceder al pago de la indemnización a los beneficiarios, como para determinar el capital en vigor a la fecha del siniestro, son las que siguen, consideradas en función de la causa que provoca el siniestro:

No existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades generadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Fecha de determinación para el pago de Siniestros:

- Para la garantía de Fallecimiento:

Para el pago de una indemnización por fallecimiento se tendrá en cuenta la fecha de fallecimiento.

- Para la garantía de Invalidez:

Para el pago de una indemnización por Invalidez, se tendrá en cuenta la fecha de efectos económicos de la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o sentencia judicial firme.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda de las garantías de incapacidad el hecho de que la situación de incapacidad sea revisable por agravación o mejoría.

En el único supuesto de determinarse por parte de la Seguridad Social la previsión de que la situación de la incapacidad vaya a ser objeto de revisión por mejoría, que permita la reincorporación al puesto de trabajo antes de dos años, "(artículo 48.2 de la ley del estatuto de los trabajadores), se procederá por parte de la compañía a retener la indemnización correspondiente al grado de invalidez otorgado. Ello, sin perjuicio de los efectos indemnizatorios que en su caso pueda tener la nueva resolución del INSS al momento de la revisión citada.

Para el personal eventual o personal fijo-discontinuo la fecha de siniestro será siempre la fecha del accidente o la del inicio de la enfermedad.

En caso de que la póliza provenga de otra compañía con un criterio diferente al anteriormente indicado, se seguirá este último con el objetivo de garantizar la ausencia de lagunas de cobertura.

14) VINCULACIÓN A LAS DECISIONES DE LOS ÓRGANOS SOCIALES

Dado el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social que la póliza tiene, y su sujeción, en consecuencia, a las normas socio-laborales, el seguro se ajustará, además de a la normativa contenida en la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro, y demás disposiciones en vigor, a los siguientes extremos:

Determinación del grado de Invalidez

Será vinculante para la determinación del grado de incapacidad o invalidez la decisión firme de los Órganos Competentes, administrativos o judiciales, de la Seguridad Social, u otros organismos oficiales, sobre el grado de invalidez que con arreglo a la normativa socio-laboral corresponda al trabajador, por hechos cubiertos por esta póliza.

A este respecto, se especificará que la gradación de las incapacidades, y su respectiva correspondencia será la siguiente:

1. A la Gran Invalidez reconocida en vía social, corresponderá la Gran Invalidez cubierta en póliza.
2. A la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida en vía social, corresponderá la Incapacidad Permanente Absoluta cubierta en póliza.
3. A la Incapacidad Permanente Total reconocida en vía social corresponderá la Incapacidad Permanente Total prevista en póliza.

En caso de no determinarse por la Seguridad Social el grado de incapacidad serán requeridos los facultativos de la Aseguradora, la cual vendrá obligada a efectuar la valoración de cualquier secuela, actuando como árbitro, en caso de discrepancia entre Asegurador y Asegurado, un facultativo independiente designado por el Colegio Médico de Álava y/o un facultativo determinado de común acuerdo entre las partes.

Si no se lograse el acuerdo, cada parte designará un perito estando a lo dispuesto en el Artículo 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Lo anterior será de aplicación al colectivo de edad superior a 65 años, si la Seguridad Social no entrara a efectuar la valoración del grado de incapacidad o las secuelas existentes.

15) BENEFICIARIOS

A.- EN CASO DE FALLECIMIENTO

Los indicados seguidamente y en orden excluyente:

1. Los designados expresamente por el Asegurado, bien a través de declaración efectuada al Asegurador, o los indicados en testamento o declaraciones de últimas voluntades, relativos al seguro de vida.
2. El cónyuge del Asegurado, o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la Ley 2/2003, de 7 de mayo, que no se encuentren legalmente separados a la fecha del fallecimiento del asegurado.
3. Los hijos del Asegurado.
4. Los padres del Asegurado.
5. Los herederos legales del Asegurado, excluyendo en todo momento al Estado.

En caso de existir varios posibles beneficiarios, y salvo que el Asegurado hubiera efectuado el reparto por anticipado entre ellos, se seguirán, por analogía, las reglas del Código Civil sobre la delación y los llamamientos a la herencia.

B.- EN CASO DE INVALIDEZ

En estos supuestos, será el propio asegurado el perceptor de la indemnización.

C.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Se hace constar que todo aquel asegurado que quiera realizar una designación expresa de beneficiarios, deberá enviar al mediador el documento original correspondiente debidamente cumplimentado para que este gestione su tratamiento.

16) EXCLUSIONES

Expresamente se hace constar que no existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades generadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Las exclusiones aplicables a la presente póliza serán las siguientes:

- 1. Los riesgos calificados como extraordinarios**, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de compensación de Seguros, dado que esos riesgos serán abonados por dicha entidad. Igualmente no tendrán cobertura por la póliza los daños que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.
- 2. Para los riesgos no calificados como extraordinarios se atenderá a lo siguiente:**
Para la cobertura de fallecimiento: Ninguna exclusión.
Para las coberturas de invalidez:
 - Las consecuencias de Guerras u operaciones de carácter similar.
 - Las consecuencias de la Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

SECCIÓN 2: ACCIDENTES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE EBHISA

CONDICIONES PARTICULARES DE LAS PÓLIZAS DE ACCIDENTES

El presente Condicionado es aplicable a la Pólizas de Accidentes, a contratar por el Ebhisa, SME de acuerdo a las estipulaciones de los compromisos que tenga cada uno de los colectivos que dependen del tomador.

1) TOMADOR

European Bulk Handling Installation, S.A.

2) FECHA DE EFECTO

01 de Abril de 2020

3) OBJETO DEL SEGURO

Contratación por parte de Ebhisa, como Tomador del Seguro, de la/s Póliza/s de Seguro de accidentes para el Personal Empleado del mismo.

4) ASEGURADOS

Tendrán la consideración de asegurados por el presente contrato, todo el personal que preste sus servicios a favor del Tomador.

Se **considerarán automáticamente asegurados** bajo este contrato:

- A. Personal que tenga relación laboral con el tomador:** Toda persona que en el presente o en el futuro se encuentre empleada al servicio del Tomador, independientemente de la edad, incluyendo tanto

al personal fijo como al eventual, así como los acogidos mediante cualquier Acuerdo/s y/o Convenio/s al Tomador.

- B. **Personal de baja:** Aquel personal que se encuentre en situación de Incapacidad Temporal, invalidez provisional, incapacidad laboral transitoria, en situación de suspensión del contrato o en proceso de tramitación de la invalidez.
- C. **Personal mayor de 65 años:** Asimismo, queda expresamente convenido que continuará cubierto, y manteniendo todas las garantías, todo asegurado que haya cumplido 65 años, siempre y cuando permanezca en servicio activo a las órdenes del Tomador.
- D. **Personal minusválido** dado de alta al servicio del Tomador para todo siniestro que no se derive de dicha minusvalía. En el supuesto de cese, por cualquier causa de pertenencia al colectivo asegurado, se conservarán los derechos que se deriven de enfermedades o accidentes ocurridos durante su pertenencia al colectivo asegurado, siempre y cuando la fecha del accidente, o la resolución del grado de invalidez, tuviera una fecha anterior al citado cese.

5) GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS

Se garantizan por el siguiente contrato, el abono de las indemnizaciones previstas en el apartado siguiente para cada colectivo, a los beneficiarios designados, como consecuencia de accidentes sufridos por los asegurados y de los cuales se derive una situación de:

- Fallecimiento por Accidente 200.000,00 €
- Invalidez Permanente total por Accidente200.000,00 €
- Invalidez Permanente Absoluta por Accidente200.000,00 €
- Gran Invalidez por Accidente200.000,00 €
- Invalidez Permanente Parcial por Accidente (a baremo).....30.000,00 €

Los capitales y, en su caso las garantías, se modificarán en la misma forma, cuantía y proporción que lo sean los Acuerdo/s Regulator/es a que obedece la contratación del presente seguro. En cualquier caso los capitales no son acumulativos.

Se hace expresamente constar que queda incluido el riesgo de Fallecimiento en Invalidez por infarto de miocardio siempre que sea considerado como accidente por la autoridad laboral competente u organismo competente.

El efecto inicial de la variación de las circunstancias a que se refiere el párrafo anterior, se retrotraerá a la fecha de efecto que se establezca en el Acuerdo, con independencia de la fecha de publicación y/o comunicación de los mismos.

6) DEFINICIÓN DE ACCIDENTE Y SU EXTENSIÓN

Se entiende por accidente la lesión corporal sobrevenida al Asegurado, independientemente de su voluntad y debido a una causa momentánea, externa y violenta, tanto en el ejercicio de su profesión como fuera del trabajo profesional, que haya producido alguna de las consecuencias siguientes:

■ FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

El Asegurador garantiza el pago de la prestación asegurada, en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de un accidente. La prestación asegurada para esta garantía es adicional a la prestación asegurada para el caso de fallecimiento por cualquier causa.

Se entiende por fallecimiento por accidente, toda lesión corporal que se derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado que produzca su fallecimiento dentro del plazo de dos años a partir de la fecha en que sufrió tal accidente. Serán considerados como tales aquellos en los cuales la certificación médica lo considera como accidente.

■ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE

El Asegurador garantiza el pago de la prestación asegurada en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Total para la profesión habitual o grado superior de invalidez, a consecuencia de un accidente.

Se entiende por Invalidez Permanente Total por Accidente, toda lesión corporal que se derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, originada con posterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y determinante de la total ineptitud para el mantenimiento del ejercicio de todas o las fundamentales tareas de su profesión o una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.

■ INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

El Asegurador garantiza el pago de la prestación asegurada en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta o grado superior de invalidez, a consecuencia de un accidente. La prestación asegurada para esta garantía es adicional a la prestación asegurada para el caso de Invalidez Permanente Absoluta.

Se entiende por Invalidez Permanente Absoluta por Accidente, toda lesión corporal que se derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, originada con posterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y determinante de la total ineptitud para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

■ GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE

El Asegurador garantiza el pago de la prestación asegurada en el caso de que el Asegurado quedara afectado por una Gran Invalidez a consecuencia de un accidente. La prestación asegurada para esta garantía es adicional a la prestación asegurada para el caso de Gran invalidez.

Se entiende por Gran Invalidez por accidente, toda lesión corporal que se derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, originada con posterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y determinante de la situación física o mental previsiblemente definitiva, cuya posibilidad de recuperación se estime médicamente como incierta, que inhabilite por completo al Asegurado para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, para los cuales necesitará de la ayuda de otra persona.

■ INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE

La Compañía garantiza el pago de un porcentaje sobre el capital estipulado, en el caso de que el Asegurado, a causa de accidente, sufriera una pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente irreversible como consecuencia directa de accidente. El grado de invalidez se determinará en base al baremo indicado posteriormente, en el presente condicionado.

7) CUADRO DE INVALIDEZ

La pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros u órganos que sean consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por la póliza, cuya recuperación no se estime previsible (de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados), se determinarán exclusivamente, según el baremo siguiente.

Enajenación mental completa	100%
Pérdida total de dos miembros	100%
Parálisis total	100%
Pérdida total de la vista en los dos ojos.....	100%
Paraplejía	100%
Cuadriplejía.....	100%
Lesiones que resulten en guardar cama permanentemente	100%
Cualquier otra lesión que cause incapacidad total permanente.....	100%
Pérdida del brazo en el hombro	100%
Pérdida del brazo entre el codo y el hombro.....	100%
Pérdida del brazo entre codo y muñeca o de una por muñeca	100%
Pérdida de los cinco dedos de una mano	100%
Pérdida de cuatro dedos de una mano, excluido el pulgar	50%

Pérdida del pulgar:	- ambas falanges.....	25%
	- una falange.....	20%
Pérdida del dedo índice:	- tres falanges.....	10%
	- dos falanges.....	10%
	- una falange.....	8%
Pérdida del dedo medio:	- tres falanges.....	6%
	- dos falanges.....	5%
	- una falange.....	5%
Pérdida del dedo anular:	- tres falanges.....	5%
	- dos falanges.....	5%
Pérdida dedo meñique:	- tres falanges.....	5%
	- dos falanges.....	5%
	- una falange.....	5%
Pérdida de los metacarpios:	- primero o segundo (adicional).....	5%
	- tercero, cuarto o quinto (adicional).....	5%
Pérdida de la pierna:	- en la cadera.....	100%
	- entre la cadera y rodilla.....	100%
	- debajo de la rodilla.....	100%
Pérdida de los dedos del pie:	- todos.....	15%
	- gordo, ambas falanges.....	10%
	- otros que no sea el gordo, si es más de un dedo lo perdido, cada uno.....	5%
Ojos:	- la pérdida de todo un ojo.....	100%
	- la vista de un solo ojo.....	100%
	- la vista de un solo ojo, excepto percepción de la luz.....	50%
	- el cristalino de un solo ojo.....	50%
Pérdida del oído:	- ambos oídos.....	75%
	- un solo oído.....	25%

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.

Serán de aplicación, como complemento al anterior baremo, las siguientes normas:

- a) La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización con máximo del 100% del capital asegurado para esta garantía.

- b) La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial, en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
- c) Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en el baremo, se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
- d) Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.
- e) Las personas zurdas tendrán un tratamiento análogo al previsto para las diestras.
- f) Las Lesiones Permanentes No Invalidantes o Secuelas Permanentes se indemnizarán aplicando el baremo anterior o por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
- g) Las indemnizaciones se fijaran independientemente de la profesión y edad del asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.

La compañía de seguros procederá a valorar por su equipo médico las secuelas permanentes que le queden al asegurado, designando el porcentaje sobre el capital asegurado que le corresponda al mismo. Se encontrarán también en este apartado, aquellas secuelas que el asegurado solicite indemnización como consecuencia del otorgamiento por parte de la Seguridad Social de una Incapacidad Permanente Parcial, efectuada por el Organismo competente en la materia, pudiendo ser INSS, o cualquier otro Organismo con el que tenga el Tomador algún acuerdo, para supervisar al colectivo en cuestión.

Serán considerados como Accidentes:

1. Envenenamiento, asfixia o quemadura producida por aspiración involuntaria de gases.
2. Ingestión o inhalación por error o por acto criminal de terceros de productos tóxicos o corrosivos, excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes y alucinógenos.
3. Infecciones cuando al agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza.
4. Los accidentes ocurridos durante el servicio militar en tiempo de paz.
5. Insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia del accidente.
6. Asfixia por inmersión.
7. Consecuencia de todo tipo de la mordedura de animales y picaduras de insectos.
8. Consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.
9. Los ocurridos en acciones de legítima defensa así como los relacionados por deber de solidaridad humana.
10. Los sobrevenidos en situaciones de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenaciones mentales, inconsciencia o sonambulismo, siempre excluyendo los

relacionados con abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes y alucinógenos. No obstante para el supuesto de embriaguez, esta exclusión actuará siempre que se dé habitualidad en la conducta, caso contrario la Compañía tomará a su cargo la indemnización que corresponda.

11. Los derivados del uso de medios normales de locomoción terrestre, acuática o aérea, así como los derivados de la conducción de cualquier tipo de medio tanto terrestre (motocicletas, automóviles, turismos de uso particular, furgonetas y camiones), así como acuático o aéreo, siempre que el asegurado posea el permiso de conducir adecuado al medio que conduzca.
12. En todo caso, siempre que el personal al servicio del Tomador sea requerido en comisión de servicio, se considerarán cubiertos los viajes que realicen en cualquier clase de aparato de locomoción aérea, terrestre y acuático, tomando la Compañía a su cargo las indemnizaciones correspondientes a los riesgos cubiertos en póliza.
13. Tienen la consideración de accidentes, las lesiones o muertes y sus consecuencias, que tengan su origen en infarto, angina de pecho, embolia, accidentes cerebrales vasculares (A.C.V.), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.), y en otras similares, siempre y cuando así lo dictaminen los Órganos Administrativos y Jurisdiccionales competentes de la Seguridad Social, u Órganos que los sustituyan, o sean declarados como accidentes por resoluciones y/o sentencias firmes de la Seguridad Social.
14. No obstante lo anterior, en aquellos supuestos en los que se requiera una actuación profesional por parte del Tomador, se considerarán como riesgos cubiertos: alpinismo, espeleología, submarinismo, protección de personalidades y bienes, y en general cualquier servicio que sea necesario en un momento dado y sea solicitado a estos colectivos por su contenido y especialización.
15. Se incluyen todos los deportes practicados en calidad de aficionados.
16. Secuelas que tengan su origen en procesos traumáticos causados por accidente.
17. A consecuencia de radiaciones si su origen es en el ámbito de la prestación del servicio.
18. La hernia no operable tendrá la consideración de invalidez permanente.
19. Por la caída de rayo y por cualquier otra descarga eléctrica.
20. Las intoxicaciones alimenticias que sean motivadas por un accidente cubierto en póliza.
21. Los desgarros o roturas de músculos o tendones, traumatismos renales y lumbagos, hernias cuando estas afecciones sean consecuencia directa de un accidente cubierto en póliza.
22. Las lesiones causadas por rayos X, radio o sus compuestos y derivados, pero exclusivamente si son consecuencia directa del tratamiento aplicado al asegurado a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
23. A consecuencia de atentados y agresiones, siempre que no haya precedido provocación intencionada por parte del Asegurado y no ocurran a consecuencia de guerras, invasiones, revoluciones, motines, asonadas, pronunciamientos y alzamientos civiles o militares, y siempre que

no sean objeto de cobertura por parte del Consorcio de Compensación de Seguros.

24. Los causados por actuaciones producidas en el curso de reuniones y manifestaciones, así como durante el transcurso de huelgas legales.

8) EXCLUSIONES

Expresamente se hace constar que no existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades generadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Se considerarán accidentes y, en consecuencia se indemnizarán como tales, todos aquellos hechos catalogados como accidentes por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias, así como todas las Enfermedades Profesionales.

Las exclusiones aplicables a la presente póliza serán las siguientes:

1. **Los riesgos calificados como extraordinarios**, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de compensación de Seguros, dado que esos riesgos serán abonados por dicha entidad. Igualmente no tendrán cobertura por la póliza los daños que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.
2. **Para los riesgos no calificados como extraordinarios se atenderá a lo siguiente:**
 - **Cuando el hecho causante sea catalogado como accidente laboral** por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes NO existe exclusión alguna.
Esta inexistencia de exclusiones abarca a todas las garantías de la póliza cuando sean consecuencia de accidente laboral.
 - **Cuando el hecho causante NO sea catalogado como accidente laboral**, las exclusiones de la póliza, para todas las garantías, son las siguientes:
 - La participación del asegurado en actos delictivos o provocados intencionadamente.
 - Guerra u operaciones de carácter similar.
 - Las consecuencias de la Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

9) REGULARIZACIÓN DE PRIMA

Regularización única: Para la gestión de la póliza, y la simplificación de la labor administrativa, se propone una regularización única al vencimiento de cada anualidad, mediante la emisión de un único apéndice o suplemento, salvo para el colectivo de escoltas que es nominativo y puntualmente se indique la modificación de algún asegurado.

Una vez al año, se solicitará al tomador número de asegurados y modificaciones de capital y/o coberturas que hubieran podido producirse por convenio durante el periodo, salvo, que el tomador estime oportuno retrasar o adelantar, dicha regularización por algún motivo.

Con esta información se emitirá un único suplemento de regularización de la póliza, pero teniendo siempre presente que los empleados al servicio del Tomador están asegurados desde el momento en que entren a formar parte de la plantilla, tanto si son fijos como eventuales. En caso de que algún asegurado sufriera un siniestro antes del vencimiento y por lo tanto, no estuviera regularizado, servirá como prueba de cobertura la copia del TC2 para los empleados, o la certificación correspondiente para los Corporativos, procediendo a indemnizar al beneficiario, en función del capital asegurado que tenga recogido en el Convenio/Acuerdo aplicable que estuviera en vigor en el momento del siniestro.

Información: La información que se solicitará anualmente al tomador, para su regularización será la siguiente:

Renovación y Regularización:

-Número de asegurados

Modificaciones del Convenio/Acuerdo Regulador:

-Fecha de Efecto desde la que corresponde la modificación.

-Copia del artículo con las modificaciones, o escrito del tomador notificando los nuevos capitales y coberturas.

10) CLÁUSULA DEL CONSORCIO

De conformidad a lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros aprobado por el Real Decreto legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que obligatoriamente deben incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a los riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el consorcio de compensación de seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- A. que el riesgo extraordinario cubierto por el consorcio de compensación de seguros no este amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- B. 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 por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustara su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, en el Reglamento de seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004 de 20 de febrero y en las disposiciones complementarias.

11) CLÁUSULA DE ERROR ADMINISTRATIVO

El tomador está obligado a comunicar a la compañía las modificaciones que se produzcan en el grupo asegurado. No obstante, en caso de que por error u olvido no malintencionado del Tomador no se hubiera incluido en póliza a uno o varios trabajadores afectos al compromiso por pensiones instrumentado a través de la póliza, no se hubiera notificado la modificación de garantías o capitales a cubrir, o bien en el supuesto de que se hubiera notificado, se hubiera realizado erróneamente, y aquel/aquellos resultaran siniestrados, la compañía aseguradora lo asumiría siempre y cuando reúna las siguientes condiciones:

- a) Que las consecuencias del siniestro provengan de un riesgo amparado por la póliza y sufrido con posterioridad al alta del empleado en la empresa.
- b) Que el Tomador acredite que existe error administrativo, mediante la aportación del documento de alta (copia del TC2 para los empleados, copia del BOB donde figure el nombramiento de un Corporativo, documento oficial para el Escolta o cualquier otro documento que acredite la relación laboral con el tomador), de efectos anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Con posterioridad, y en el plazo acordado en el sistema de administración de la póliza, se procederá a la liquidación de la prima que corresponda por el periodo comprendido entre el periodo desde el que el trabajador hubiera debido ser incluido en póliza y la fecha de siniestro.

12) CLÁUSULA ALTAS BAJAS Y MODIFICACIONES

Los Asegurados que sufran una situación de Incapacidad Temporal no deberán ser dados de baja de la Póliza, ni durante dicho periodo ni una vez que el mismo se haya agotado, hasta que el Instituto Nacional de la Seguridad social, u Organismo Oficial Competente, emita resolución firme y el Asegurador comunique su aceptación. En caso de que, por error, el Tomador haya comunicado la baja de un Asegurado por haber consumido todo el periodo legal de Incapacidad Temporal y posteriormente el Asegurado fallezca o le sea reconocida una Invalidez cubierta por la presente Póliza, sin que se haya extinguido la relación laboral con el Tomador, el Asegurador abonará la indemnización correspondiente previo pago de todas las primas consumidas desde el momento de la baja hasta el momento de acaecer la contingencia.

13) EXTENSIÓN DE LAS COBERTURAS (ÁMBITOS TEMPORAL Y GEOGRÁFICO)

La extensión de la cobertura será para los accidentes que pudieran sobrevenir al asegurado durante las 24 horas y en todo el mundo.

14) CONTRATOS ANTERIORES

Modificación del convenio con efectos retroactivos: En el supuesto de que se estableciesen en el futuro diferentes capitales para cada una de las coberturas de invalidez (gran invalidez, absoluta o total), sería de aplicación lo siguiente:

En el momento de revisión, si como consecuencia de una agravación del grado de invalidez, el equipo de valoración de incapacidades, concede al asegurado un grado superior, se indemnizará al mismo por la diferencia, que con el nuevo grado le hubiese correspondido, siempre y cuando hubiera habido diferencia entre el capital asegurado para el nuevo grado de invalidez y el realmente indemnizado, a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En dicho supuesto, la Compañía de seguros asumirá las diferencias de indemnizaciones derivadas de dicha agravación, y sin perjuicio de que se trate de la agravación de un siniestro anterior a la entrada en vigor del contrato con la Compañía de seguros.

Del mismo modo, si en el futuro se incrementaran los capitales correspondientes a una determinada cobertura con efecto retroactivo (anterior o posterior a la fecha de adjudicación del contrato) por cambios en los convenios colectivos, y/o acuerdos reguladores aplicables a estos colectivos, la compañía adjudicataria asumiría la diferencia a abonar entre el nuevo capital asegurado y el capital abonado en la fecha de siniestro siempre y cuando no fuese asumido por la compañía anterior.

15) CRITERIOS QUE HAN DE REGIR EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

No existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades generadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Fecha de determinación para el pago de Siniestros:

Las fechas a considerar en caso de siniestro, tanto para proceder al pago de la indemnización como para determinar el capital que estaba en vigor a la fecha del siniestro son las que siguen:

- Para la garantía de fallecimiento:
Para el pago de una indemnización por fallecimiento se tendrá en cuenta la fecha de ocurrencia del accidente.
- Para las garantías de invalidez se tendrá en cuenta la fecha ocurrencia del accidente.

Para el personal eventual o personal fijo-discontinuo la fecha de siniestro será siempre la fecha del accidente o la del inicio de la enfermedad.

En caso de que la póliza provenga de otra compañía con un criterio diferente al anteriormente indicado, se seguirá este último con el objetivo de garantizar la ausencia de lagunas de cobertura.

16) VINCULACIÓN A LAS DECISIONES DE LOS ÓRGANOS SOCIALES

Dado el carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social que la póliza tiene, y su sujeción, en consecuencia, a las normas socio-laborales, el seguro se ajustará, además de a la normativa contenida en la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro, y demás disposiciones en vigor, a los siguientes extremos:

Determinación del grado de Invalidez

Será vinculante para la determinación del grado de incapacidad o invalidez la decisión firme de los Órganos Competentes, administrativos o judiciales, de la Seguridad Social, u otros organismos oficiales, sobre el grado de invalidez que con arreglo a la normativa socio-laboral corresponda al trabajador, por hechos cubiertos por esta póliza.

A este respecto, se especificará que la gradación de las incapacidades, y su respectiva correspondencia será la siguiente:

1. A la Gran Invalidez por accidente reconocida en vía social, corresponderá la Gran Invalidez Permanente Absoluta cubierta en póliza.
2. A la Incapacidad Permanente Absoluta por accidente reconocida en vía social, corresponderá la Incapacidad Permanente Absoluta cubierta en póliza.

A cualquier otra invalidez permanente por accidente, la compañía de seguros procederá a valorar por su equipo médico las secuelas permanentes que le queden al asegurado, designando el porcentaje sobre el capital asegurado que le corresponda al mismo.

El médico de la compañía valorará las resoluciones de la seguridad social u Organismo autorizado que presente el asegurado, aún en el supuesto de que hubieran sido excluidas por parte de estos organismos.

Determinación de la Causa

Tendrá la consideración de accidente indemnizable al amparo de la presente póliza todo hecho al que la regulación de la Seguridad Social atribuya tal carácter, siendo vinculante, en su caso, la declaración al respecto de los Órganos Administrativos o Jurisdiccionales competentes de la Seguridad Social u otros Organismos Oficiales.

Al contratarse la póliza para el riesgo profesional y extraprofesional, la noción de accidente no laboral vendrá determinada por la regulación del presente contrato, si no hubieran intervenido los Órganos de la Seguridad Social a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de no determinarse por la Seguridad Social el grado de incapacidad serán requeridos los facultativos de la Aseguradora, la cual vendrá obligada a efectuar la valoración de cualquier secuela, actuando como árbitro, en caso de discrepancia entre Asegurador y Asegurado, un facultativo independiente designado por el Colegio Médico de Álava y/o un facultativo determinado de común acuerdo entre las partes.

Si no se lograra el acuerdo, cada parte designará un perito estando a lo dispuesto en el Artículo 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Lo anterior será de aplicación al colectivo de edad superior a 65 años, si la Seguridad Social no entrara a efectuar la valoración del grado de incapacidad o las secuelas existentes.

17) BENEFICIARIOS

A.- EN CASO DE FALLECIMIENTO

Los indicados seguidamente y en orden excluyente:

1. Los designados expresamente por el Asegurado, bien a través de declaración efectuada al Asegurador, o los indicados en testamento o declaraciones de últimas voluntades, relativos al seguro de vida.
2. El cónyuge del Asegurado, o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la Ley 2/2003, de 7 de mayo, que no se encuentren legalmente separados a la fecha del fallecimiento del asegurado.
3. Los hijos del Asegurado.
4. Los padres del Asegurado.
5. Los herederos legales del Asegurado, excluyendo en todo momento al Estado.

En caso de existir varios posibles beneficiarios, y salvo que el Asegurado hubiere efectuado el reparto por anticipado entre ellos, se seguirán, por analogía, las reglas del Código Civil sobre la delación y los llamamientos a la herencia.

B.- EN CASO DE INVALIDEZ

En estos supuestos, será el propio asegurado el perceptor de la indemnización.

C.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Se hace constar que todo aquel asegurado que quiera realizar una designación expresa de beneficiarios, deberá enviar al mediador el documento original correspondiente debidamente cumplimentado para que este gestione su tratamiento.

Mediador del contrato.

La prestación al Tomador de los servicios de asesoramiento y mediación de seguros privados, así como la posterior asistencia a éste, a los asegurados y beneficiarios durante la ejecución del contrato de seguro será efectuada por Willis Towers Watson.

Todas las notificaciones, avisos o comunicaciones de cualquier índole que se deriven del contrato serán cursados por el Tomador del seguro y/o Asegurados y/o Beneficiarios a la compañía aseguradora a través de Willis Towers Watson.

El pago de la/s primas realizado a Willis Towers Watson por el Tomador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a la compañía aseguradora. En consecuencia, la eventual falta de pago por parte de Willis Towers Watson la compañía de seguros no será oponible por ésta contra el Tomador, Asegurado o Beneficiario como motivo de no atención de siniestros.

Gijón, 2 de Marzo de 2022
DIRECCION GENERAL



Lucía Herrero Batalla