

## Condiciones Generales LiderPlus Accidentes

### Índice

---

Artículo 1.	Definiciones de términos empleados en el contrato	2
Artículo 2.	Accidente	2
Artículo 3.	Garantías	3
Artículo 4.	Garantía por fallecimiento	3
Artículo 5.	Garantía por invalidez permanente	3
Artículo 6.	Exclusiones	5
Artículo 7.	Acontecimientos no cubiertos	6
Artículo 8.	Personas no asegurables	6
Artículo 9.	Eficacia de la póliza	7
Artículo 10.	Pago de la prima	7
Artículo 11.	Bases del seguro	7
Artículo 12.	Alteraciones en el riesgo	8
Artículo 13.	Siniestros	8
Artículo 14.	Duplicado de la póliza	9
Artículo 15.	Comunicaciones	9
Artículo 16.	Prescripción	9
Artículo 17.	Ley	9
Artículo 18.	Jurisdicción	9
Artículo 19.	Impuestos	9
Artículo 20.	Instancias de reclamación	9
Artículo 21.	Riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	10

### Artículo 1. Definiciones de términos empleados en el contrato

Los términos se muestran en orden alfabético.

**Asegurado:** la persona física sobre la cual se contrata este seguro.

**Beneficiario:** la persona con derecho a recibir las prestaciones aseguradas, coincidiendo en la garantía de invalidez con el asegurado.

**Capital o suma asegurada:** la cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías contratadas.

**Compañía:** Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.

**Póliza:** los documentos que formalizan por escrito o en cualquier otro soporte legalmente admitido este contrato de seguro. Solicitud de seguro, Cuestionario de seguro, Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

**Prima:** precio del seguro que se calculará en función del riesgo y sobre la base de las declaraciones hechas por el tomador en la solicitud del seguro y que comprenderá también los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

**Siniestro:** es la ocurrencia de uno de los riesgos asegurados, que produce por parte del asegurador la obligación de indemnizar, dentro de los límites y con las exclusiones pactadas en la póliza. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.

**Solicitud:** documento previo, básico para la emisión del contrato de seguro, en el que se contienen todas las declaraciones del tomador y/o asegurado en lo referente a su actividad profesional y estado de salud, así como toda la información válida y suficiente para la correcta apreciación del riesgo a asegurar.

**Tomador:** la persona que suscribe este contrato con la Compañía.

### Artículo 2. Accidente

Se entiende por accidente la lesión corporal que es el efecto inmediato de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que le produzca invalidez permanente o muerte.

También se considera accidente y siempre que se mantenga en línea con la definición de accidente del párrafo anterior:

1. Las lesiones internas producidas por la penetración, por causa accidental, de objetos o polvo por vía digestiva, respiratoria, ojos u oídos.
2. El envenenamiento agudo por gases, vapores, sustancias sólidas o líquidas, **con la excepción del uso de medicamentos, drogas, estimulantes y bebidas alcohólicas o cualquier otra sustancia de la que se puede esperar consecuencias dañosas. También se exceptúan las intoxicaciones alérgicas, bacterianas o virales, sin perjuicio de lo determinado en los puntos 3 y 4.**
3. La intoxicación por sustancias que contienen gérmenes patógenos, si penetran en el cuerpo con motivo de una caída involuntaria en agua o en cualquier otra sustancia líquida o sólida.
4. La infección de heridas, la septicemia y otras enfermedades infecciosas, cuando pueda determinarse que la infección ha penetrado por lesiones sufridas en accidente cubierto por la póliza.
5. La asfixia, producida de forma accidental, por emanaciones de gases o vapores o por inmersión.

6. La congestión, insolación y congelación, si el asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
  7. La inanición, deshidratación, agotamiento o las quemaduras producidas por el sol, cuando sean consecuencia del aislamiento provocado por un acontecimiento imprevisto, como naufragio o aterrizaje forzoso.
  8. Las agravaciones o complicaciones de lesiones sufridas en accidente, ocasionadas en la prestación de primeros auxilios o en los tratamientos necesarios cuando sean prescritos por un médico.
  9. Las agresiones, los atentados, el asalto, maltrato, homicidio o asesinato en cualquiera de sus formas.
- En ningún caso podrá considerarse accidente aquel padecimiento cuya causa no se pueda ubicar en el tiempo como un hecho súbito y externo, como los padecimientos que se encuentren en el ámbito de las enfermedades.**

### Artículo 3. Garantías

La Compañía garantiza el pago de las prestaciones aseguradas, determinadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, en caso de:

- Fallecimiento
- Invalidez permanente

del asegurado a consecuencia de accidente, de acuerdo con las definiciones establecidas en el artículo anterior.

### Artículo 4. Garantía por fallecimiento

La Compañía garantiza el pago de la prestación indicada en las condiciones particulares si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, **el asegurado fallece dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo.**

**De la prestación por fallecimiento se deduce cualquier prestación por invalidez permanente pagada por la Compañía con motivo del mismo accidente y póliza.**

### Artículo 5. Garantía por invalidez permanente

Se entiende por invalidez permanente, a los efectos de esta póliza de seguros, la irreversible situación física o mental del asegurado, que determine una merma o disminución de sus capacidades físicas o mentales **siempre y cuando dicha situación sea consecuencia directa de un accidente amparado por la póliza, y que dicha invalidez sea comprobada y fijada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo.**

El criterio para la determinación del grado de invalidez permanente **es independiente de la profesión o actividad del asegurado y de la calificación que pueda hacer la autoridad competente en la materia; aplicándose siempre y en todo caso el baremo descrito en este artículo.**

Una vez comprobada y fijada la invalidez permanente en los términos descritos en el párrafo primero la Compañía garantiza el pago de un importe proporcional al grado de invalidez hasta un máximo igual a la prestación indicada en las Condiciones Particulares.

Para fijar el importe definitivo de invalidez permanente, se utilizará el “Baremo de invalidez” el cual fija las situaciones de invalidez cubiertas por el seguro y el porcentaje sobre el capital asegurado en la garantía de invalidez permanente.

**Grado de invalidez:**

Ceguera absoluta	100%
Parálisis completa	100%
Enajenación mental	100%
Pérdida completa de los dos brazos	100%
Pérdida completa de las dos manos	100%
Pérdida completa de un brazo y de la otra mano	100%
Pérdida completa de un brazo y una pierna	100%
Pérdida completa de un brazo y un pie	100%
Pérdida completa de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y un pie	100%
Pérdida completa de las dos piernas	100%
Pérdida completa de los dos pies	100%
Pérdida completa de una pierna y del otro pie	100%
Pérdida completa de un brazo o de una mano	60%
Pérdida completa del movimiento de un hombro	30%
Pérdida completa del movimiento de un codo	20%
Pérdida completa del movimiento de una muñeca	15%
Pérdida completa del dedo pulgar o índice de una mano	15%
Pérdida completa de uno de los demás dedos de una mano	9%
Pérdida completa de una pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida completa de una pierna a la altura o por debajo de la rodilla	40%
Pérdida completa de un pie	35%
Pérdida completa del movimiento de una cadera	25%
Pérdida completa del movimiento de una rodilla	20%
Pérdida completa del movimiento de un tobillo	15%
Acortamiento de una pierna en cinco o más centímetros	15%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida completa del primer dedo de un pie	10%
Pérdida completa de uno de los demás dedos de un pie	5%
Fractura no consolidada de una extremidad	25%
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	25%
Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	15%
Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	20%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Reducción de la visión binocular, con corrección, en más de la mitad	30%
Pérdida completa de la visión de un ojo	30%
En este último caso, cuando la visión del otro ojo estaba perdida antes del accidente	40%
Sordera completa de un oído	15%
En este último caso, cuando la sordera del otro oído existía antes del accidente	25%
Sordera completa de los dos oídos	50%
Pérdida completa del sentido del olfato	5%
Pérdida completa del sentido del gusto	5%

### **Reglas de aplicación del baremo**

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se determina por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, dentro del límite máximo del 100%.

Por cada falange de los dedos, únicamente se considera invalidez permanente la pérdida total y la indemnización se establece de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio; ambos de los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no esté expresamente indicada en el baremo de porcentajes más arriba consignado, el grado de invalidez se establecerá en proporción a su gravedad, comparada con las invalideces fijadas en dicho baremo.

En todo caso, la pérdida absoluta e irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considera como su pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado se reduce proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida, considerando la posible corrección.

**Si con anterioridad a la ocurrencia del accidente, motivo de indemnización, el asegurado ya presentaba la pérdida anatómica o funcional, dicha indemnización se verá reducida en el porcentaje que corresponda a la pérdida ya existente.**

**En ningún caso la indemnización por pérdidas parciales de un miembro puede ser superior a la que correspondería por la pérdida total, anatómica o funcional, del mismo.**

### **Artículo 6. Exclusiones**

Esta póliza no garantiza los accidentes ocurridos:

1. **Durante actividades criminales del asegurado o con motivo de riñas o desafíos provocados intencionadamente por el mismo.**
2. **Por imprudencia temeraria del asegurado, excepto si es por razón de:**
  - a. **Ejecutar un deber que forma parte de la profesión declarada en las Condiciones Particulares.**
  - b. **Legítima defensa o salvamento de personas, animales o cosas.**
3. **En competiciones o entrenamientos.**
4. **Con motivo de la práctica profesional de cualquier deporte.**
5. **Actividades realizadas en ámbito profesional o deportivo (como aficionado) que a continuación se detallan: caza mayor, lucha corporal de cualquier tipo, toreo y encierro de reses bravas, espeleología, equitación, submarinismo, boxeo, artes marciales, actividades aéreas y paracaidismo, alpinismo, escalada, esquí y los deportes de invierno, yachting por mar, hockey, rugby, puenting, rafting, la manipulación de electricidad en corrientes de alta tensión, carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante, uso de motocicletas y vehículos similares ya sea como conductor o acompañante, así como actividades o deportes de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a los enumerados en estos epígrafes.**
6. **El uso ya sea como conductor o acompañante de motocicletas y/o ciclomotores de más de 50 centímetros**
7. **cúbicos.**
8. **Bajo el influjo de alcohol, drogas, estupefacientes o estimulantes.**
9. **A consecuencia directa de enfermedad o defecto físico o mental del asegurado.**  
**Con ocasión de utilizar el asegurado aeronaves en calidad distinta de la de usuario de un transporte público.**

10. A consecuencia de reacciones nucleares o radiactividad.
11. A consecuencia de actividades políticas o sociales extraordinarias, como guerra declarada o no declarada, motín, revolución o tumulto.
12. A consecuencia de fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario, como temblor de tierra, erupción volcánica o inundación.
13. Fuera del periodo de vigencia de la póliza.
14. Las consecuencias de accidentes originados antes de la fecha de entrada en vigor del contrato, aunque las consecuencias de los mismos persistan, se manifiesten o determinen durante la vigencia de este contrato.
15. Sobre asegurados no residentes en España.

Las exclusiones a que se refieren los apartados 10, 11 y 12 se entienden sin perjuicio de su cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando se trate de riesgos extraordinarios, según el Artículo 21 de este condicionado.

#### Artículo 7. Acontecimientos no cubiertos

No se consideran accidentes y, por consiguiente, en ningún caso se garantizan por esta póliza:

- a. Todas las enfermedades de cualquier naturaleza, sean de aparición súbita o violenta o no, como por ejemplo el infarto de miocardio, procesos vasculares, padecimientos isquémicos y/o trombo-embólicos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc.
- b. Las agravaciones de una enfermedad por causa de un accidente, las lesiones de carácter estético que no ocasionen trastorno anatómico-funcional, aquellas lesiones o padecimientos que no puedan ser objetivables y medibles. El suicidio o automutilación también se excluyen incluso si el asegurado estaba privado de discernimiento.
- c. Las hernias de todo tipo, las lumbalgias, los dolores musculares o lumbares y las lesiones de cualquier clase que no sean causadas por acción mecánica de un agente externo. Las lesiones derivadas de esfuerzos están excluidas en todos los casos.
- d. En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o un estado morbooso, preexistente o sobrevenido después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo, la Compañía responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

#### Artículo 8. Personas no asegurables

Se considerarán personas no asegurables por esta póliza de seguro:

- a. Los afectados de ceguera, sordera, miopía severa (más de 12 dioptrías), enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, SIDA y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica, que desde el punto de vista médico, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.
- b. Las personas mayores de 70 años de edad salvo pacto en contrario establecido en Condiciones Particulares.
- c. Las personas menores de 14 años de edad o incapacitados legalmente, en cuanto al riesgo de fallecimiento se refiere.

Para las personas aquejadas de una miopía entre 8 y 12 dioptrías y/o sometidas a alguna operación quirúrgica en los ojos, quedarán fuera de cobertura del seguro los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina aunque se hayan provocado a consecuencia de un accidente asegurado.

#### Artículo 9. Eficacia de la póliza

Esta póliza se hace eficaz el día y la hora señalado como fecha de efecto en las Condiciones Particulares, a condición de que haya sido firmada y haya sido satisfecho el recibo de prima correspondiente.

Esta póliza pierde su eficacia:

- a. Por decisión por escrito del tomador comunicándose a la Compañía con 1 mes de antelación a la fecha de renovación.
- b. Por decisión por escrito de la Compañía comunicándose al tomador con 2 meses de antelación a la fecha de renovación.
- c. **En todo caso, en el aniversario de la fecha de efecto más próximo al 70 cumpleaños del asegurado.**
- d. Por el impago de la prima por causa imputable al tomador de la póliza.

#### Artículo 10. Pago de las primas

El tomador debe pagar las primas a la Compañía en las fechas de su vencimiento y en el domicilio de pago señalado en el contrato. El tomador puede solicitar a la Compañía en cualquier momento la modificación del mencionado domicilio, pudiendo la Compañía exigir al tomador que acredite la titularidad de la nueva cuenta de domiciliación.

En caso de fraccionamiento del pago (mensual, bimensual, trimestral o semestral ) no se le aplicarán recargos a la prima. Los cambios de fraccionamiento del pago serán efectivos a partir de la siguiente anualidad (renovación) y deberán ser solicitados con una anterioridad de al menos un mes a dicha renovación.

**La Compañía no admite, en ningún caso, dinero entregado en efectivo.**

Si la primera prima no ha sido pagada por culpa del tomador antes de que se produzca un siniestro, la Compañía queda liberada de su obligación.

Cuando se pacten primas cuya periodicidad de pago sea inferior al año, la Compañía tiene derecho a deducir de cualquier indemnización a su cargo las fracciones de prima pendientes de pago, correspondientes a la anualidad en curso.

En caso de falta de una de las primas siguientes, la cobertura quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá extinguido el contrato.

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

#### Artículo 11. Bases del seguro

Este contrato se basa en las declaraciones del tomador y del asegurado al suscribir, modificar o renovar la póliza.

En consecuencia:

- a. Declaraciones falsas o incompletas formuladas de buena fe dan derecho a la Compañía a rescindir el contrato o a ajustarlo a los hechos tal y como se conozcan en cada momento.
- b. Declaraciones falsas o incompletas formuladas de mala fe, debidamente probada, liberan a la Compañía del pago de la prestación.

#### Facultad unilateral de resolución del contrato

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

### Artículo 12. Alteraciones en el riesgo

**El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar a la Compañía, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el momento de celebrar el contrato que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Compañía en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.** No tendrán obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado.

### Artículo 13. Siniestros

En caso de siniestro el tomador, el asegurado o el beneficiario están obligados a:

1. Comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

En caso de incumplimiento de esta obligación la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

2. Proporcionar a la Compañía toda clase de informaciones sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, se producirá la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.
3. Emplear todos los medios a su alcance en evitar, interrumpir o aminorar las consecuencias del siniestro.

El incumplimiento de esta obligación dará derecho a la Compañía a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación serán de cuenta de la Compañía hasta el límite y por las garantías fijadas en la póliza.

4. Aportar los certificados médicos, en los que se detallarán las circunstancias y causas del accidente, así como todos aquellos documentos relativos a la evolución y estabilización de las secuelas.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad a la Compañía, la cual notificará al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza.

5. Aportar la carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones en caso de fallecimiento del asegurado.

En caso de siniestro, la Compañía está obligada a:

1. Satisfacer la prestación asegurada al término de las investigaciones y peritaciones necesarias.
2. En cualquier supuesto, la Compañía paga, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el importe mínimo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.  
Si la Compañía no paga este importe mínimo, o si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia de un siniestro no hubiese pagado la prestación asegurada, el importe o la prestación se incrementará con el interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100, considerándose estos intereses producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.
3. La Compañía no abona interés ni compensación alguna en caso de retrasos en los pagos de cantidades debidas por ella, si tal retraso se debe a causa justificada o que no le fuera imputable, como falta de reclamación de las cantidades, documentación insuficiente o cualquier circunstancia ajena a la Compañía.



En caso de desacuerdo entre el tomador, el asegurado o el beneficiario y la Compañía sobre el importe de la prestación, ésta se determina por dos peritos médicos, nombrados, uno, por el tomador, el asegurado o el beneficiario y otro por la Compañía. Si los dos peritos médicos disienten, nombran un tercero que decide.

#### **Artículo 14. Duplicado de la póliza**

La Compañía, a petición del tomador, emite un duplicado de la póliza, en caso de extravío o destrucción de la misma.

#### **Artículo 15. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre el tomador o el asegurado y la Compañía deben hacerse por escrito o por los medios de comunicación que ofrezca la Compañía en cada momento.

#### **Artículo 16. Prescripción**

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

#### **Artículo 17. Ley**

Esta póliza se rige por las Leyes españolas, armonizadas con la legislación de la Comunidad Europea, y específicamente por la Ley de Contrato de Seguro.

#### **Artículo 18. Jurisdicción**

Son tribunales competentes los del domicilio del asegurado, en España.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del presente contrato, el del domicilio del asegurado. Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, el control de la actividad aseguradora de la Compañía.

#### **Artículo 19. Impuestos**

Son a cargo del tomador o beneficiario todos los impuestos y recargos legales, y entre ellos el recargo por Liquidación de Entidades Aseguradoras (L.E.A), el Impuesto del Consorcio de Compensación de Seguros (C.C.S) y el Impuesto sobre Primas de Seguro (I.P.S).

#### **Artículo 20. Instancias de reclamación**

De acuerdo con lo dispuesto en la Orden Ministerial de 11 de marzo de 2004 sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras (ORDEN ECO/734/2004), esta Compañía aprobó el Reglamento de Defensa del cliente donde se regulan las instancias y el procedimiento de reclamación y que, de forma resumida, se concreta en lo siguiente:

De conformidad con el artículo 3 de la ORDEN ECO/734/2004 arriba referida, la Compañía resolverá las reclamaciones que el tomador, el asegurado y el beneficiario así como sus derechohabientes formulen contra la Compañía por considera que ésta realiza prácticas abusivas o lesivas de los derechos derivados del contrato de seguro.

Para formular su reclamación, deberá, en primer lugar, dirigirse por escrito exclusivamente a las oficinas centrales de la Compañía, sita en la Avenida de Bruselas, 16, Parque Empresarial Arroyo de la Vega 28108 Alcobendas, Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: [calidad.servicio@nnespana.es](mailto:calidad.servicio@nnespana.es).

Una vez resuelta la reclamación por parte del Servicio de Atención de Reclamaciones, si la resolución dictada no fuera favorable para sus intereses, y siempre que no hayan transcurrido dos meses desde la presentación de la reclamación, puede, si usted así lo desea, dirigirse al Defensor del Asegurado, D.A Defensor, Convenio Profesional sito en C/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: [reclamaciones@da-defensor.org](mailto:reclamaciones@da-defensor.org).

Si, transcurridos dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, ésta no ha sido resuelta o haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por las instancias anteriores, el reclamante, en virtud de lo dispuesto en la Orden ECC 2502/2012, de 16 de noviembre por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, podrá formular su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dirigiéndose por escrito al Servicio de Atención de Reclamaciones, sito en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid o por correo electrónico a la dirección: [reclamaciones@da-defensor.org](mailto:reclamaciones@da-defensor.org) o a través de su página <http://www.dgsfp.mineco.es>.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de cualquier reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía y el cumplimiento de los restantes requisitos exigidos por la legislación vigente y que dicha reclamación no ha sido resuelta en ese plazo de dos meses o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

En todo caso, podrá acudir a la jurisdicción ordinaria, siendo competentes los juzgados y tribunales del domicilio del asegurado en España.

Para mayor información sobre el régimen de reclamaciones el reclamante puede contactar con el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía en el teléfono 91 602 46 00 ó 902 452 902.

### **Artículo 21. Riesgos de compensación cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros**

Hay situaciones que, bien por acontecimientos extraordinarios, políticos, sociales o fenómenos de la naturaleza, no están cubiertas por su póliza (por ejemplo motines, rebeliones, actos terroristas...) pero sí están cubiertas por el Consorcio de Compensación de Seguros. A continuación le facilitamos el detalle de estas situaciones.

#### **Regulación de los Riesgos Extraordinarios**

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el 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 esté 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 ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

## **Resumen de las normas legales**

### **1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos**

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

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

### **2. Riesgos excluidos**

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

### 3. Extensión de la cobertura

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

### Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
  - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

### Se excluyen de las garantías cubiertas por el contrato de seguro los riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Si tiene alguna duda o necesita ampliar información, puede ponerse en contacto con nosotros:

- Llamando al Servicio de Atención al Cliente al **91 602 46 00**
- A través de nuestra web [www.nnespana.es](http://www.nnespana.es)
- Enviando un email a [informacion@nnespana.es](mailto:informacion@nnespana.es)
- En cualquiera de nuestras **oficinas**. Encontrará el listado actualizado en la web