

CUADERNOS DE CONSUMO N° 18

Guía práctica de los seguros



Unión de
Consumidores
de Aragón

 **Gobierno
de Aragón**
Departamento de Salud y Consumo

CUADERNOS DE CONSUMO Nº 18

Guía práctica de los seguros



Equipo de Trabajo:

Roberto Zarazaga Tomás
Antonio Morán Durán

Corrección Textos:

Alba Fité Ferruz
Cristina Esteban Pelegrín

Edición: Diciembre 2003

Tirada: 5.000 ejemplares

Edita: Unión de Consumidores de Aragón-UCE
Dirección General de Consumo del Gobierno de Aragón

Internet: www.aragob.es/consumo

Impresión: Edición y Gestión De.Z.

D.L.: Z-134-2004

ISSN: 1696-1382

ÍNDICE

- PRESENTACIÓN DEL CONSEJERO DE SALUD Y CONSUMO 5

1ª PARTE

- Qué es un contrato de seguro 7
- Conceptos previos 8
- Antes de contratar el seguro 9
- Una vez contratado el seguro 10
 - Recomendaciones 11
- Vías de reclamación 13

2ª PARTE

- Seguros del automóvil 15
- Seguros de vida 21
- Seguros de accidentes 25
- Seguros de enfermedad 29
- Seguro obligatorio de viajeros 32
- Seguros del hogar 33
- Seguro de defensa jurídica 37
- Seguros en la Ley de Ordenación de la Edificación 38
- El Consorcio de Compensación de Seguros 40
- DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS 42

PRESENTACIÓN

A medida que el ciudadano alcanza un mayor nivel de vida y de prosperidad, siente la necesidad de prever el futuro y de protegerse frente a eventualidades que pudieran menoscabar el bienestar conseguido, ya sea en su patrimonio o en su salud. No obstante, con carácter previo y de forma general, es conveniente que el consumidor contratante de cualquier modalidad de seguro conozca bien los principales factores que intervienen en este mercado, así como los mecanismos para la defensa de sus intereses, conocimientos que le deben llevar a una elección razonada, crítica y consecuente con los principios del Derecho.

Para ello, una vez más, el mejor instrumento con que cuenta el consumidor es la información. Esta guía práctica de los seguros forma parte de una línea editorial que la Dirección General de Consumo del Gobierno de Aragón pone a disposición de los consumidores y usuarios para fomentar el conocimiento de temas en los que es fundamental una orientación práctica y sencilla.

La guía que el lector tiene en sus manos puede facilitar la rápida consulta de las principales dudas relacionadas los seguros, y hallara en ella también las recomendaciones y consejos que sería útil seguir antes y después de contratar la póliza, además de los itinerarios para la presentación de una reclamación en caso de controversia. Asimismo, se detallan específicamente las características y circunstancias que rodean a los contratos más frecuentes (aseguramiento del automóvil, hogar, defensa jurídica, ante posibles accidentes e infortunios, etc.), y qué supuestos cubre el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Departamento de Salud y Consumo seguirá profundizando en esta línea de protección de los consumidores, dotándoles de mecanismos y formación suficiente, pues la información constituye la mejor fórmula para la prevención de posibles conflictos, lo cual redundará en beneficio del consumidor al hacerle más libre, responsable, crítico y consciente de sus derechos.

Alberto Larraz Vileta
Consejero de Salud y Consumo

QUÉ ES UN CONTRATO DE SEGURO

Es un contrato por el que el asegurador, a cambio de percibir una cantidad de dinero del tomador, se obliga, en caso de producirse cualquiera de los hechos previstos en el contrato, a indemnizar el daño producido, abonar un capital o renta, o prestar el servicio convenido.

TIPOS DE SEGUROS. LOS DENOMINADOS RAMOS

Cuando se habla de ramos de seguros, se hace referencia a un conjunto de riesgos que son de la misma naturaleza, y que tienen características similares. Así, se habla de Ramo de Accidentes, Ramo de Enfermedad o Ramo de Incendios.

Legalmente, la clasificación de los seguros se divide en:

- Ramo de Vida
- Ramos distintos al de Vida

PARTES QUE PUEDEN INTERVENIR

ASEGURADOR.- Es la entidad que, a cambio de la percepción de una prima, cuando se

produce el siniestro asume las consecuencias dañosas, obligándose a indemnizar o a realizar las prestaciones convenidas.

El asegurador ha de ser siempre una persona jurídica.

TOMADOR DEL SEGURO.- La persona que contrata con el asegurador, firma con él la póliza y se compromete a pagar la prima. Es decir, la persona física o jurídica que suscribe el seguro.

ASEGURADO.- La persona que, bien en sí misma, bien en sus bienes o intereses económicos, está expuesta al riesgo, y a quien corresponden llegado el caso los derechos que se deriven del contrato de seguro. Puede coincidir con el tomador en el caso que sea el asegurado quien firme la póliza y pague la prima, o no.

BENEFICIARIO.- Es la persona a quien el tomador o el asegurado reconocen el derecho a percibir la indemnización derivada de la póliza.



CONCEPTOS Y TÉRMINOS PREVIOS

PÓLIZA

Es el documento que contiene las normas que van a regular el seguro. En la práctica suelen distinguirse varias partes diferenciadas:

- **condiciones generales.**- Son los principios básicos que regulan todos los contratos de seguro en un ramo determinado. Por ejemplo, el objeto del seguro, pago de indemnizaciones, cobro de recibos o las comunicaciones entre las partes.
- **condiciones particulares.**- Los datos individuales y aspectos concretos (designación del asegurado, objetos asegurados, suma asegurada, importe y vencimiento de las primas, duración del contrato).
- **condiciones especiales.**- Normalmente establecen exclusiones o limitaciones de determinadas coberturas o contemplan franquicias a cargo del asegurado. Tienen que ser redactadas de forma clara y precisa y ser aceptadas específicamente por escrito.

PRIMA

Es el precio, la cantidad que debemos pagar por el seguro.

La prima debe ser proporcional a la duración del seguro, al mayor o menor grado de probabilidad del siniestro, y a la suma asegurada.

FRANQUICIA

Por interés del Asegurador o del Asegurado, en ocasiones se desea que el tomador del seguro sea partícipe del siniestro en una

proporción determinada de la cuantía e incidencia del mismo.

Esto puede ser debido a dos causas: para el asegurado, le permite rebajar el precio del seguro de modo considerable, al ser más económicas las primas; para el asegurador, le permite trasladar al asegurado parte del riesgo. Es una especie de autoseguro, aceptado por el asegurado.

- Si el importe del siniestro es inferior a la cantidad aceptada como franquicia, el coste será por completa cuenta del asegurado.
- Si es superior, la aseguradora sólo nos indemnizará por el exceso de la cantidad franquiciada.

LA REGLA PROPORCIONAL

La póliza debe estar adecuada a los capitales reales asegurados, puesto que ésto será muy importante para establecer las valoraciones y las cantidades a indemnizar.

- Cuando el asegurado o persona que contrate el seguro asegura el objeto garantizado por un valor inferior al valor que realmente tiene, se habla de situación de **INFRASEGURO**.

En caso de siniestro, el Asegurador aplicará la regla proporcional, e indemnizará el daño en la misma proporción que exista entre el capital que hemos asegurado y el valor real en el momento del siniestro.

Por ejemplo: Si hemos asegurado contra el riesgo de incendio un bien que vale 2.000 euros por un valor de 1.000, si se produce el siniestro y queda destruido la mitad del bien, la aseguradora sólo indemnizaría con 500, la mitad del capital asegurado.

SOBRESEGURO

En caso contrario, si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés asegurado, cualquiera de las partes del contrato podrá exigir la reducción de la suma y de la prima, debiendo devolver el Asegurador el exceso de las primas recibidas.

Si se produce el siniestro, el Asegurador

indemnizará el DAÑO EFECTIVAMENTE CAUSADO.

SEGURO A PRIMER RIESGO

Es una forma de aseguramiento por la que se garantiza, mediante el pago de una sobreprima, una cantidad determinada hasta la cual queda cubierto el riesgo, SIN QUE EN ESTE CASO SE APLIQUE LA REGLA PROPORCIONAL.

* ANTES DE CONTRATAR EL SEGURO

SOLICITUD Y PROPOSICIÓN DE SEGURO

La simple SOLICITUD DE SEGURO a la Entidad Aseguradora para que nos ofrezca una oferta de seguro, **no es vinculante, ni para el solicitante ni para el asegurador.**

Diferente es la denominada PROPOSICIÓN DE SEGURO u OFERTA DE SEGURO, en la que el Asegurador propone las diferentes condiciones económicas y técnicas en las que llevaría a cabo la cobertura, para que sean estudiadas por el futuro asegurado. Esta proposición de seguro vincula a la Aseguradora durante un plazo de 15 días.

CONTENIDO MÍNIMO DE LA PÓLIZA

LA PÓLIZA DEBE CONTENER:

- Nombres y apellidos o denominación social de las partes, domicilio, así como designación del asegurado y el beneficiario, si fueran diferentes.
- Naturaleza del riesgo cubierto.
- Designación de los objetos asegurados y de su situación.
- Suma asegurada.
- Importe de la prima a pagar, recargos e impuestos.

- Fecha de vencimiento de las primas, el lugar y la forma de pago.
- Duración del contrato, concretando el día y hora en que comenzarán y terminarán sus efectos.
- En el supuesto de que haya intervenido en el contrato, el nombre del Agente.



En el caso que veamos que el contenido de la póliza no es el mismo que figuraba en la proposición de seguro que la Aseguradora nos había ofertado, debemos reclamar en el PLAZO DE UN MES desde que nos entreguen la póliza, y esta posibilidad debe estar inserta en la misma póliza.

DEBER PREVIO DE DECLARAR EL RIESGO

La Aseguradora debe someternos a un cuestionario previo, por lo que más que un deber de declarar, es un **deber de respuesta o contestación a lo que nos sea preguntado en ese cuestionario.** La Compañía está obligada a preguntarnos a través de un cuestionario previo; en caso contrario, no puede alegar que no le suministramos esa información.

En el caso de que no suministremos los datos, o que sean inexactos, la Aseguradora puede llegar a rescindir el contrato.

TIPOS DE CLÁUSULAS QUE PODEMOS ENCONTRAR. REQUISITOS PARA SU VALIDEZ

Lesivas.- Son aquellas cláusulas que sin ser ilegales, resultan injustas o desproporcionadas, porque rompen el equilibrio en las prestaciones de las partes. Estas cláusulas son inadmisibles y nulas, por abusivas.

Limitativas.- Limitan los derechos que

previamente han sido atribuidos en la póliza o en la Ley del contrato de seguro, o imponen alguna obligación adicional no prevista. Para que sean válidas deben estar destacadas de forma especial y debemos aceptarlas específicamente por escrito

Delimitativas.- Son aquéllas que establecen cuál es el alcance de la cobertura que nos da el asegurador, y describen el hecho causante. Su validez no está sujeta a requisitos específicos, sino a los de toda condición general y particular de que estén redactadas de forma clara y precisa.

* UNA VEZ CONTRATADO EL SEGURO

DECLARACIÓN DE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Debemos comunicar a la aseguradora todas aquellas nuevas circunstancias que puedan suponer una agravación del riesgo, y por tanto, un aumento de posibilidades de que ocurra el siniestro. Debe tratarse de una agravación esencial (por ejemplo, que comencemos a practicar de forma continuada deportes de riesgo), no de cuestiones que sean temporales o transitorias.

Ante este supuesto, la Aseguradora puede proponernos una **modificación del contrato**, que podemos aceptar o rechazar en un plazo de 15 días.

- En el caso de que **sucediera el siniestro sin haber hecho la declaración de la agravación del riesgo**, se aplicaría la regla proporcional.
- En el caso contrario, de **disminución de riesgo**, deben reducirse las primas futuras y proceder a la devolución de las diferencias.

PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima corresponde en principio al tomador, aunque el asegurador no puede rechazar el pago si es realizado por el asegurado.

En caso de falta de pago, hay que distinguir:

- **si se trata de la primera prima o si es una prima única.**

El asegurador puede resolver el contrato o reclamar el importe por vía ejecutiva. En el caso de que el siniestro suceda y no se haya pagado la prima, no hay en principio obligación de indemnizar.

- **si no se paga una de las primas siguientes.**

En este caso la cobertura se suspende a partir del mes siguiente de la fecha en que venciera el pago de la prima. Es decir, que existe un **MES DE GRACIA** durante el cual sigue existiendo cobertura aún en el caso de no

pagar. Transcurrido ese mes, la cobertura se suspende.

Si la prima continua impagada durante seis meses, aunque el asegurador no reclame, se entiende que el contrato ha caducado y se extingue. Si se paga antes de ese plazo, la cobertura vuelve a tener efecto veinticuatro horas más tarde.

COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

La comunicación del siniestro al asegurador es uno de los deberes tanto del tomador del seguro, como del asegurado y el beneficiario. El **plazo es de 7 días**, salvo que en la póliza se contemple uno más amplio, y se computa **no desde que sucedió el siniestro, sino desde que se tuvo conocimiento**.

En el caso de incumplimiento de la comunicación, **la Aseguradora no puede negarse en ningún caso a pagar la indemnización**, tendrá tan sólo un derecho a reclamar daños y perjuicios, derivados de esa demora en la comunicación, en el caso que demostrara que éstos han existido.

DEBER DE SALVAMENTO

El asegurado debe intentar **aminorar los daños y las consecuencias** del siniestro (hacer lo posible para extinguir el incendio o denunciar el robo, por ejemplo). Los gastos que se puedan originar son de cuenta del asegurador, normalmente hasta un límite contemplado en el contrato, y no pueden sobrepasar la suma asegurada.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Es la obligación principal del asegurador. La prestación puede consistir en dinero o en reparar o reponer el objeto siniestrado (por ejemplo, un automóvil o en los seguros multirriesgo del hogar), pero en este caso siempre será **necesario el consentimiento del asegurado**.

• **Cantidad a cuenta.**- En el plazo de **cuarenta días** desde que reciba la Compañía la declaración de siniestro, debe en todo caso adelantar el pago de un importe mínimo, una cantidad a cuenta de la indemnización que se pueda acordar definitivamente (por ejemplo, en el caso de diferentes peritaciones, la de inferior peritación).

• **Mora del asegurador.**- Se entiende que existe mora en la obligación por parte del asegurador de cumplir su obligación si:

- **No paga ese importe mínimo en el plazo de cuarenta días** a partir de la recepción de la declaración de siniestro.
- No hubiera cumplido con la prestación definitiva a la que estuviera obligado en el plazo de **tres meses** desde que se hubiera producido el siniestro.

QUIÉNES PUEDEN ASEGURAR.

En nuestro país, las únicas entidades que pueden ejercer el seguro son:

- sociedades anónimas
- sociedades mutuas
- sociedades cooperativas
- mutualidades de previsión social

RECOMENDACIONES PARA CONTRATAR SEGURO

- Solicite varias ofertas a distintas aseguradoras, comparando y comprobando su relación calidad-cobertura-precio. Para ahorrar tiempo, recuerde que contratar a través de un **CORREDOR DE SEGUROS** no supone incremento en el precio de la prima, y tiene la obligación legal de asesorarnos y defender nuestros intereses en todo momento frente al asegurador.
- Los datos que suministre a la entidad deben ser ciertos; para evitarse proble-

- mas (como el infraseguro), su situación personal o patrimonial debe reflejarse fielmente en la póliza de seguro.
- Lea detenidamente la póliza, pida explicaciones sobre cláusulas que no entienda. Una vez firmada la propuesta de seguro, tenemos 15 días para su formalización definitiva, aclare todas las dudas que tenga ante una Asociación de Consumidores u oficinas de información al consumidor de las distintas administraciones públicas.
 - Fíjese bien en situaciones como **Franquicias**, las cantidades que no cubrirá el seguro, o los posibles **Periodos de Carencia** respecto a determinadas prestaciones.
 - Las exclusiones deben advertirse claramente y figurar de manera destacada, debemos firmarlas por separado.
- Evite tener dos seguros que cubran los mismos riesgos.
 - Exija que se documente la información verbal, y una vez firmado el contrato no acepte la imposición de modificación unilateral alguna que le sea desfavorable.
 - Facilite todo tipo de información y colaboración sobre los hechos y circunstancias del siniestro una vez acaecido, respetando los plazos y las formas de comunicación con el asegurador.



VÍAS DE RECLAMACIÓN

EL DEFENSOR DEL ASEGURADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

1) Debe formular previamente su reclamación por escrito ante el **Defensor del Asegurado** nombrado por la entidad, o ante el **Departamento o Servicio de Atención al Cliente**.

La reclamación debe enviarla por correo certificado con acuse de recibo, burofax o cualquier otro medio que acredite su presentación.

2) Transcurridos **dos meses** desde la fecha de la presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta, o si ha sido denegada la admisión o se ha desestimado su petición, puede reclamar ante la **Dirección General de Seguros**.

- Se ha creado una nueva figura de defensa, el **COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO**. Sus funciones son atender las quejas y reclamaciones que presenten los asegurados y asesorarlos en cuanto a sus derechos y cómo ejercerlos, pero está pendiente todavía de desarrollo reglamentario.

VÍA ARBITRAL

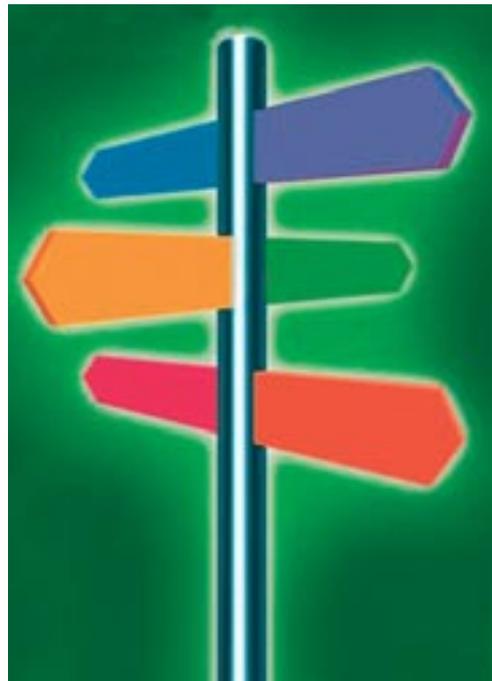
La Ley reconoce que las cuestiones litigiosas que puedan surgir pueden ser sometidas voluntariamente a decisión arbitral.

HOJAS DE RECLAMACIONES

En nuestra Comunidad, las Entidades aseguradoras tienen la obligación de tener hojas de reclamaciones, y debe existir un cartel oficial, en un lugar visible con la leyenda: Existen hojas de reclamaciones a disposición del consumidor y usuario.

VÍA JUDICIAL

Los plazos para reclamar judicialmente varían según el seguro de que se trate: 2 años desde que se produjeron los hechos en los **seguros de daños** (hogar, automóvil..) y 5 años para **seguros de personas** (vida, salud, etc.). En el caso de que tengamos que reclamar a una **aseguradora que no sea la nuestra**, el plazo es de 1 año.





SEGUROS DEL AUTOMÓVIL

CONCEPTO Y TIPOS DE SEGUROS

Todo propietario de un vehículo a motor está obligado a contratar y mantener en vigor un contrato de seguro que cubra, obligatoriamente, la responsabilidad civil. Además, se pueden incluir en la póliza otras coberturas pactadas libremente, así como ampliar los límites y ámbitos cubiertos.

A efectos de la obligación de estar asegurados, se consideran todos los vehículos que circulen por la superficie terrestre y que sean impulsados por motor, incluidos los ciclomotores y los remolques y semiremolques, estén o no enganchados. Quedan excluidos los vehículos a motor eléctrico que tengan la consideración de juguetes, y las sillas de ruedas.

Los riesgos cubiertos son los **“hechos de la circulación”** que deriven de la conducción de dichos vehículos, tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos o privados, sean urbanos o interurbanos. No son considerados como tales hechos:

- Los derivados de la celebración de pruebas deportivas con vehículos a motor en circuitos destinados especialmente a tal fin.
 - Los que sean consecuencia de la realización de tareas industriales o agrícolas por vehículos a motor destinados a ello.
 - La utilización de un vehículo a motor como instrumento para cometer un delito contra personas o bienes.
- La primera división básica es diferenciar el Seguro de responsabilidad civil obligatoria del Seguro voluntario de automóviles, que cubre el exceso de

indemnización limitada del seguro obligatorio, así como otras garantías.

EL SEGURO DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, O SEGURO OBLIGATORIO

Su finalidad es que todo vehículo, para poder circular por las vías públicas, disponga de una póliza en vigor de seguro, que cubra la responsabilidad civil del conductor frente a daños en personas y bienes.

La solicitud y proposición del seguro obligatorio de automóviles:

Tanto la solicitud de seguro hecha por el tomador, como la proposición del asegurador, deben contener, como mínimo, las siguientes indicaciones:

- Identificación del propietario del vehículo, del conductor habitual y del tomador del seguro, así como su domicilio a efectos de notificaciones.
- Identificación del vehículo, marca, modelo, características y matrícula.
- Las garantías y coberturas que se solicitan u ofrecen.
- La identificación de que se trata de una proposición o de una solicitud de seguro.
- El periodo de cobertura mínimo inicial, con indicación de día y hora.

La SOLICITUD DEL SEGURO, en el momento en que está diligenciada por la Entidad Aseguradora, produce los efectos de **COBERTURA DEL RIESGO durante el plazo de 15 días**. Se entiende que ya está diligenciada cuando nos entreguen una copia sellada de nuestra solicitud.

La compañía aseguradora tiene un plazo máximo de 10 días para rechazarla, mediante escrito que especifique las causas, pudiendo reclamarnos la prima que le corresponda por la cobertura de esos 15 días de cobertura. Transcurridos esos 10 días, se entiende que nuestra solicitud ha sido admitida, debiéndonos remitir la póliza de seguro en un plazo de otros 10 días.

SUPUESTOS QUE CUBRE. LÍMITES:

Cubre todas las reparaciones de daños a las personas y en los bienes, causados a los perjudicados con motivo de la circulación, con las siguientes excepciones:

LÍMITES PERSONALES.

- Daños sufridos por el vehículo asegurado.
- Daños y perjuicios ocasionados por las lesiones o fallecimiento del conductor del vehículo causante del siniestro.
- Daños en las cosas y bienes transportados en el vehículo asegurado, de los que sean titulares el tomador, asegurado, propietario o conductor, así como los del cónyuge y familiares hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad.
- Daños a las personas y en los bienes causados por un vehículo robado (este riesgo lo cubriría el Consorcio de Compensación de Seguros).

RECUERDE !!!

Fuera de estas exclusiones, la Compañía Aseguradora no puede oponer frente al perjudicado ninguna otra, como por ejemplo:

- *que excluya de la cobertura la conducción del vehículo por quienes carezcan de permiso de conducir, incumplan las obligaciones legales de orden técnico relativas a la seguridad del vehículo, o no estén autorizados por el propietario del vehículo para usarlo. Tampoco puede negarse en el caso de que no se haya utilizado la declaración amistosa de accidente.*

LÍMITES CUANTITATIVOS

El Importe máximo de cobertura del seguro de suscripción obligatoria es:

- Por **daños corporales**, hasta 350.000 euros, por víctima.
- Por **daños en los bienes**, 100.000 euros, por siniestro, cualquiera que sea el número de vehículos o bienes afectados.
- Por **gastos de asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica**, en la cuantía necesaria hasta la sanación o curación de las secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado.

DERECHO DE REPETICIÓN DEL ASEGURADOR

Una vez pagada la indemnización, el **Asegurador puede repetir:**

- Contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si los daños materiales o personales causados fueron debidos a la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas, o causados por una conducta dolosa de cualquiera de ellos.
- Contra el tercero que fuera responsable de los daños.

El plazo para repetir por parte de la Compañía Aseguradora es de **1 año desde la fecha en que se efectúe el pago al perjudicado.**

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Además de las sanciones penales, el incumplimiento de la obligación de asegurarse conlleva:

- La prohibición de circular con el vehículo no asegurado.
- La retirada y depósito del vehículo con cargo a su propietario, si no se justifica en el plazo de 5 días desde la presenta-

ción de la denuncia la existencia de seguro.

- La imposición de una multa de 601 a 3.005,06 Euros, dependiendo de si el vehículo circulase o no, el tiempo sin asegurar o la reiteración de la misma infracción.

CUÁNDO INDEMNIZA EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Corresponde al Consorcio hacerse cargo de las indemnizaciones, con los mismos límites económicos del aseguramiento de suscripción obligatoria, en los siguientes casos:

- Cuando el vehículo causante de daños en las personas (exclusivamente, no en los bienes), fuera **desconocido**.
- Cuando el vehículo causante de daños en las personas o en los bienes **no esté asegurado**.
- Cuando el vehículo causante de daños en las personas o en los bienes esté asegurado, pero haya sido **robado**.
- En los supuestos en que exista **controversia** entre el Consorcio de

Compensación de Seguros y la entidad aseguradora acerca de quién debe indemnizar al perjudicado, es decir, aquellos supuestos en que la compañía aseguradora rehuse hacerse cargo del siniestro.

- Cuando la entidad española aseguradora hubiera sido declarada en quiebra, suspensión de pagos, o estuviese en proceso de **liquidación**.

En los supuestos de no aseguramiento y de robo, quedan excluidos de la indemnización por el Consorcio los daños en las personas y en los bienes sufridos por aquellas personas que ocuparan de forma voluntaria el vehículo que haya causado el siniestro, y que conocieran que el vehículo no estaba asegurado o que había sido robado.

CÓMO RECLAMAR POR SINIESTRO ANTE EL CONSORCIO

Para reclamar indemnización al Consorcio por daños sufridos en accidente de circulación, la documentación a aportar varía según los supuestos:



- En caso de accidente causado por un **vehículo sin seguro**

Daños materiales	Daños personales	Fallecimiento
<ul style="list-style-type: none"> -Hoja de comunicación de siniestro. -Fotocopia del DNI del perjudicado y del perceptor de indemnización, si no coinciden. -Datos bancarios (20 dígitos) -Atestado -Presupuesto / Factura de reparación 	<ul style="list-style-type: none"> -Hoja de comunicación de siniestro. -Fotocopia del DNI del perjudicado y del perceptor de indemnización, si no coinciden. -Datos bancarios (20 dígitos) -Atestado -Partes baja / alta médica-hospitalaria -Informe médico forense -Auto ejecutivo original o copia autenticada por el Juzgado 	<ul style="list-style-type: none"> -Certificado de últimas voluntades -Testamento -En defecto de testamento: declaración de herederos o acta de notoriedad

- En caso de accidente causado por un **vehículo desconocido**

Daños materiales	Daños personales	Fallecimiento
<ul style="list-style-type: none"> -No están cubiertos 	<ul style="list-style-type: none"> -Hoja de comunicación de siniestro. -Fotocopia del DNI del perjudicado y del perceptor de indemnización, si no coinciden. -Datos bancarios (20 dígitos) -Copia de la documentación obrante en actuaciones judiciales -Informe médico forense -Auto ejecutivo original o copia autenticada por el Juzgado 	<ul style="list-style-type: none"> -Certificado de últimas voluntades -Testamento -En defecto de testamento: declaración de herederos o acta de notoriedad

-En caso de accidente causado por **vehículo robado**

Daños materiales	Daños personales	Fallecimiento
<ul style="list-style-type: none"> -Hoja de comunicación de siniestro -Fotocopia DNI del perjudicado y perceptor de la indemnización si no coinciden. -Datos bancarios (20 dígitos) -Denuncia de sustracción del vehículo. -Boletín de recuperación del vehículo. -Atestado -Escrito de la Compañía del otro vehículo, rehusando la reclamación. -Presupuesto / Factura de reparación 	<ul style="list-style-type: none"> -Hoja de comunicación de siniestro. -Fotocopia del DNI del perjudicado y del perceptor de indemnización, si no coinciden. -Datos bancarios (20 dígitos) -Denuncia de sustracción del vehículo -Boletín de recuperación del vehículo -Atestado -Escrito de la Compañía del otro vehículo, rehusando la reclamación -Informe médico forense -Partes de baja/alta médica-hospitalaria -Auto ejecutivo original o copia autenticada por el Juzgado 	<ul style="list-style-type: none"> -Certificado de últimas voluntades -Testamento -En defecto de testamento: declaración de herederos o acta de notoriedad

FICHERO INFORMATIVO DE VEHÍCULOS ASEGURADOS (FIVA)

El consorcio tiene encomendada la gestión del **Fichero Informativo de Vehículos Asegurados (FIVA)**, con una doble finalidad:

- Suministrar la información necesaria para que las personas implicadas en un accidente de circulación puedan averiguar la entidad aseguradora que cubre la responsabilidad civil de cada uno de los vehículos implicados en el accidente.
- Facilitar el control de la obligación que tiene todo propietario de vehículo a motor de suscribir y mantener en vigor un contrato de seguro que cubra la responsabilidad civil del conductor, mediante la colaboración con la Dirección General de Tráfico.

EL SEGURO VOLUNTARIO DE AUTOMÓVILES

Todas las demás garantías que no son cubiertas por el seguro obligatorio de responsabilidad civil, son voluntarias y complementarias.

Pueden estipularse las siguientes coberturas:

- RESPONSABILIDAD CIVIL SUPLEMENTARIA

Cubre la responsabilidad civil en que pudiera incurrir el conductor, en la cuantía que exceda de los límites del seguro obligatorio.

- ACCIDENTE, DAÑOS, INCENDIO Y/O ROBO DEL PROPIO VEHÍCULO

Es el denominado "seguro a todo riesgo". En función del daño sufrido por el vehículo, la Compañía Aseguradora puede intervenir:

- Pagando el precio de las reparaciones (si no es siniestro total y se puede reparar)

- Entregando una indemnización, (cuando se considere siniestro total o en caso de robo del coche sin que aparezca en el plazo de 30 días, por ejemplo), que varía según el valor del coche y el daño sufrido. Algunas compañías pagan sólo el valor venal o valor de mercado, mientras otras contemplan un valor mejorado.

- Reponiendo los accesorios dañados o robados

- DEFENSA PENAL Y RECLAMACIÓN DE DAÑOS

Cubre los gastos judiciales y extrajudiciales que se puedan ocasionar en la defensa del asegurado en la vía penal, o la reclamación por daños sufridos (honorarios de abogados, costas judiciales, constitución de fianzas, etc.), con excepción de las que se consideran penas personales, como las multas.

- ASISTENCIA EN VIAJE, QUE CUBRE TANTO A LAS

personas (asistencia sanitaria en el extranjero en caso de enfermedad imprevista o accidente, traslado de enfermos o heridos, repatriación en caso de fallecimiento) como al vehículo.





SEGUROS DE VIDA

CONCEPTO

Por el seguro de vida, el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada, a satisfacer al beneficiario **UN CAPITAL, UNA RENTA U OTRAS PRESTACIONES** CONVENIDAS, en el caso, bien de MUERTE, bien de **SUPERVIVENCIA** del asegurado, o de ambas situaciones conjuntamente.

El seguro de vida puede estipularse sobre la VIDA PROPIA o la de UN TERCERO, tanto para caso de muerte como de supervivencia, o ambos conjuntamente.

LAS **COBERTURAS** SOBRE LAS QUE INCIDEN LOS SEGUROS DE VIDA son las de **Riesgo y las de Ahorro**.

La cobertura del **riesgo** está motivada por la incertidumbre del acaecimiento de un hecho, en un momento indeterminado, y con unas consecuencias económicas variables según cuál sea la causa de la muerte.

Sin embargo, respecto al **ahorro**, el momento del suceso que fundamenta el seguro, por ejemplo la edad de jubilación, es conocido a priori y el valor económico es cuantificable desde el primer momento.

El ASEGURADOR dispone de una serie de medidas para afrontar las coberturas, tales como:

- tablas de mortalidad

A través de la estadística se determinan las probabilidades de muerte y supervivencia, de acuerdo a tablas de edades.

- tablas financieras
- selección de riesgos

Mediante exámenes médicos y la declaración del asegurado, para conocer su grado de asegurabilidad.

- fraccionamiento de los riesgos

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS SEGUROS DE VIDA

LA DENOMINADA “CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD”

El asegurador no puede impugnar el contrato **una vez transcurrido el plazo de un año desde la fecha de la conclusión**, salvo que se haya actuado con dolo.

En el caso que la **indicación de la edad del asegurado sea inexacta**, solo puede ser impugnado el contrato si la verdadera edad estuviera por encima de los límites establecidos por el asegurador. En otro caso, si por esa declaración inexacta de la edad, la prima que se hubiera pagado fuera inferior a la que correspondía pagar, la prestación se reducirá proporcionalmente.

LA EDAD

Si el asegurado es menor de edad, será necesaria la autorización por escrito de sus representantes legales.

No se puede contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de catorce años de edad ni de incapacitados, salvo cuando la cobertura que se haya pactado en caso de muerte sea inferior o igual a las primas que hayan sido satisfechas por la póliza.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Si se trata de un seguro de vida individual de duración superior a 6 meses, el tomador puede resolver el contrato en el plazo de los 15 días siguientes a que el asegurador haya entregado la póliza o el documento de cobertura provisional. Debe hacerse por escrito, y se tiene derecho a la devolución de la parte proporcional de la prima que se haya pagado.

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

El tomador puede designar beneficiario y

modificar esta designación sin que sea necesario el consentimiento del asegurador, y en cualquier momento. Esta designación puede hacerse no sólo en la póliza, sino que es igualmente válida una declaración escrita comunicada al asegurador, o en testamento.

RIESGO DEL SUICIDIO

Durante el primer año de vigencia del contrato, las Compañías no cubren el riesgo de muerte por esta causa, salvo pacto en contrario. Una vez transcurrido dicho plazo, sí deben asumirlo.

ENTREGA DEL CAPITAL ASEGURADO.

INEMBARGABILIDAD

En cumplimiento del contrato, el beneficiario es el que debe recibir la prestación del asegurador, aún cuando existan reclamaciones por parte de herederos legítimos y acreedores del tomador del seguro.

LOS DERECHOS GARANTIZADOS: DERECHOS DE REDUCCIÓN, RESCATE, REHABILITACIÓN Y ANTICIPO.

REDUCCIÓN.- Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, o como **máximo 2 años** desde la vigencia del contrato, el asegurado puede dejar de pagar primas, sin que por ello el Asegurador pueda anular el contrato, como sucede con otras modalidades de seguro.

En este caso, las indemnizaciones se reducirán proporcionalmente a las primas pagadas por el asegurado hasta ese momento; se continúa asegurado, pero con un capital inferior al contratado inicialmente.

RESCATE.- Consiste en cancelar el seguro y recuperar todo el capital acumulado hasta esa fecha. El requisito que se exige es el transcurso de **2 años**, y el pago de las primas durante este tiempo, como mínimo, para poder ejercitar esta garantía.

REHABILITACIÓN.- Consiste en volver a las características iniciales que tenía la póliza suscrita, antes de su reducción, pagando las primas atrasadas y los intereses que se estimen.

Mediante esta garantía, es posible **reactivar la póliza** en momentos en que la situación económica sea más favorable.

ANTICIPOS.- Una vez satisfechas las **2 primeras anualidades** de la prima, el asegurador deberá conceder al tomador anticipos sobre la prestación asegurada. Es decir, el Asegurador deberá adelantar una determinada cantidad al asegurado, en función del capital que haya constituido a través del pago de sus primas.

Estos anticipos pueden ser utilizados para pagar primas impagadas del mismo seguro, es decir, el Asegurado puede obligar al Asegurador a que mediante esos anticipos sobre sus capitales acumulados se mantenga la póliza activa, en lugar de, por ejemplo, reducir la póliza.

MODALIDADES BÁSICAS DE LOS SEGUROS DE VIDA

1) SEGUROS DE RIESGO O PARA CASOS DE MUERTE

En estos seguros, el capital contratado es pagado inmediatamente después de la muerte del asegurado, SI ÉSTA OCURRE ANTES DE TERMINAR EL PLAZO CONVENIDO PARA LA DURACIÓN DEL SEGURO. Si la persona asegurada vive al final del contrato, queda cancelado el seguro y quedan a favor del asegurador las primas satisfechas, ya que lo que se ha cubierto con el seguro es la posibilidad de fallecer.

Se pueden distinguir:

- Seguros Temporales
- Seguros de Vida Entera

Seguro Temporal

Es un seguro en el que impera, por encima de otras variables, el componente de riesgo. Con él se cubre el riesgo de fallecimiento prematuro antes de terminar el contrato entre las partes.

La duración del contrato es de un año renovable tácitamente. Este seguro tiene la opción de renovabilidad hasta un número determinado de periodos, ya que los Aseguradores suelen poner un límite dependiendo de la edad alcanzada.

Este seguro suele tener un coste bajo, que permite contratar coberturas elevadas, ya que el Asegurador puede arriesgarse a cubrir los riesgos con primas bajas, puesto que si el asegurado no fallece en el período de tiempo determinado, no se le habrá ocasionado gasto alguno.

Son utilizados para proteger obligaciones hipotecarias, garantizar cancelaciones de deudas, en el caso de que el fallecimiento del deudor suceda antes de su vencimiento, o como protección adicional, para paliar el quebranto económico que pueda suponer para las personas dependientes de él el fallecimiento.

Seguro de vida entera

En este seguro, el capital asegurado se paga a los beneficiarios inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, **cualquiera que sea el momento que esto ocurra.**

A diferencia del seguro temporal, el seguro de vida entera extiende su cobertura durante toda la vida del asegurado de forma **permanente**; es un seguro sin plazo.

En ocasiones se añade la posibilidad de que al asegurado, al alcanzar una determinada edad sin haber fallecido, se le restituya en vida el capital asegurado y se extinga la póliza, con lo cual se trataría de un seguro mixto, de vida y muerte.

Existen 2 modalidades de seguros de vida entera:

- vida entera a primas vitalicias

Las primas se pagan durante toda la vida del asegurado, de manera que hay una cobertura continua.

- vida entera a primas temporales

El pago se realiza solamente durante un determinado número de años convenidos o hasta el fallecimiento del asegurado, si ocurre antes. Las primas tienen un mayor importe, debido a que se pagarán durante menos años, o hasta alcanzar determinada edad.

SEGUROS COMPLEMENTARIOS

Son aquellos seguros que acompañan al seguro principal, ofreciendo más coberturas al asegurado. Los más habituales son:

- **Fallecimiento accidental.**- En el caso de que la muerte del asegurado sea consecuencia de un accidente, se paga otro capital de la misma cuantía que el principal garantizado (Doble capital). Si se contrata el Triple Capital, correspondería un capital adicional más en caso de que el fallecimiento sea consecuencia de un accidente de tráfico.
- **Seguro complementario de invalidez.**- La compañía indemniza en este caso anticipando todo el capital de una sola vez, como si hubiese fallecido, o en forma de rentas durante el número de años previsto en el contrato.



2) SEGUROS DE AHORRO O PARA CASO DE SUPERVIVENCIA O DE JUBILACIÓN

El objeto de este tipo de seguros es obtener un capital al final del plazo convenido como duración del contrato, si el asegurado vive en esa fecha, mediante aportaciones sistemáticas. Son seguros con una finalidad de inversión, a medio o largo plazo, con el fin de complementar prestaciones de jubilación o acumular un capital para hacer frente a situaciones futuras.

3) SEGUROS MIXTOS

Son la unión en un mismo contrato de un seguro de riesgo puro con un seguro de ahorro.

Así, se cubren dos posibles situaciones:

- En caso de fallecimiento del asegurado, se entregará a los beneficiarios los capitales previstos en la póliza.
- Si el Asegurado vive al término del contrato, recibirá la prestación garantizada.

4) SEGUROS DE RENTAS

Mediante la aportación de un único capital o el abono de primas durante un período de tiempo, el Asegurador garantiza el pago de unas cantidades mientras viva el asegurado (renta vitalicia) o por un periodo de tiempo determinado (rentas temporales).

Las rentas vitalicias pueden ser constantes, de la misma cuantía, o variables, y liquidarse de forma mensual, bimensual, trimestral, semestral o anual.



SEGURO DE ACCIDENTES

DEFINICIÓN

Viene dada por la Ley del Contrato de Seguro, que da una definición de accidente sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes puedan efectuar en el contrato.

ACCIDENTE: Es la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente, o muerte.

A efectos del seguro, **también son considerados como accidentes:**

- a) La asfixia a consecuencia de gases o vapores, por causa de inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- b) Las lesiones consecuencia de intervenciones quirúrgicas, o de tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- c) Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- d) Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Por lo tanto, **no son consideradas accidentes las enfermedades**, excepto cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

Las indemnizaciones pueden consistir en la **PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA o LA ENTREGA DE UNA DETERMINADA CANTIDAD MONETARIA EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN.**

COBERTURAS

● PARA CASO DE FALLECIMIENTO

La prestación de la indemnización es en forma de un capital para los beneficiarios designados, o los herederos, que se ha contratado a priori en la póliza.

Existe un plazo desde que ocurra el accidente hasta el fallecimiento en el que se entiende que la muerte es consecuencia del accidente, normalmente de hasta 2 años.

● PARA CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Las indemnizaciones se determinan a través de unos baremos previstos por el asegurador en función de la gravedad de las lesiones e incapacidad por invalidez.

Así, hay que distinguir:

➤ Invalidez Permanente Absoluta

En este caso la indemnización alcanza al total del capital contratado, y comprende:

- La pérdida de los dos brazos o las dos manos.
- De las dos piernas o los dos pies.
- De un brazo o mano, y una pierna o pie.
- La ceguera completa de ambos ojos.
- La parálisis completa de todo el cuerpo.
- La enajenación mental absoluta e incurable.

➤ Invalidez Permanente Parcial

Aquella que afecta a partes del cuerpo del asegurado, pero no le impide seguir haciendo su vida normal, a pesar de las minusvalías. Recibirá un porcentaje sobre la suma asegurada para esta garantía, determinado en un baremo.

Si resultaran varias lesiones indemnizables a causa de un mismo accidente, el importe se acumula, hasta el límite máximo de la suma total que hayamos asegurado por el concepto de invalidez permanente.

La determinación del grado de invalidez y su indemnización se efectúa tras la presentación de **CERTIFICADO MÉDICO de incapacidad del asegurado**. Conforme al dictamen médico, el baremo de la póliza y las condiciones particulares del contrato, el Asegurador determina el importe a pagar.

En caso de **desacuerdo con el Asegurador** respecto al grado de invalidez reconocido, se utiliza el siguiente sistema:

- Cada una de las partes debe designar un perito médico (si una de las partes no lo hiciera en los ocho días siguientes en que fuera requerida a ello, se entiende que acepta el dictamen de la otra).
- Si no hay acuerdo entre los peritos, las partes deben designar un tercer perito de conformidad, y en caso de no existir ésta, lo designa el Juez por los trámites previs-

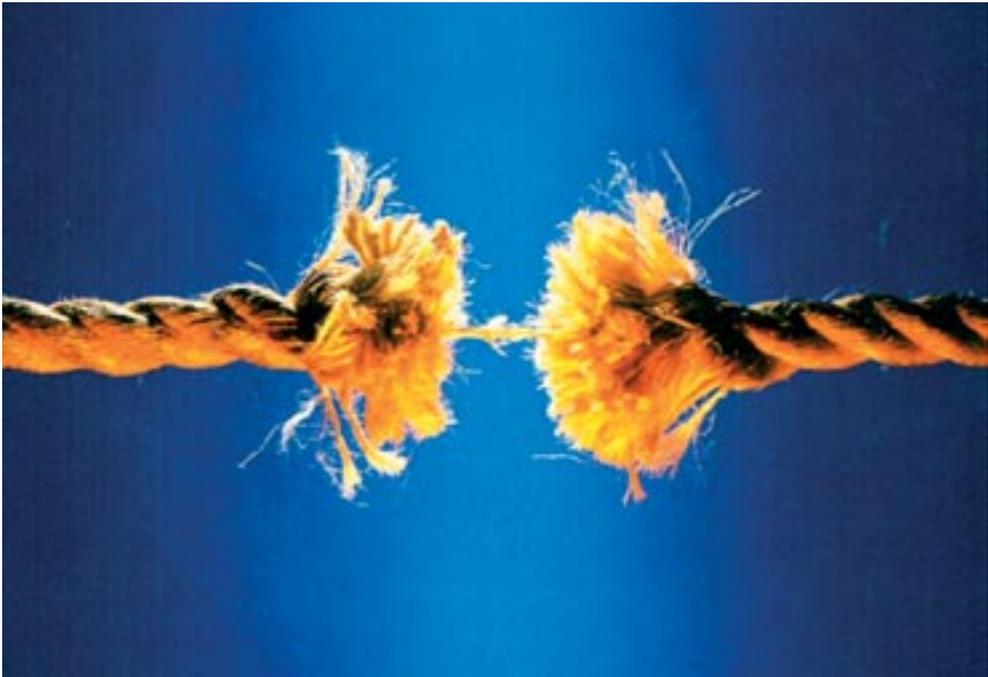
tos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. El dictamen pericial del tercer perito debe emitirse en el plazo máximo de 30 días a partir de la aceptación de su nombramiento.

- El Dictamen es vinculante para las partes, aunque puede ser impugnado judicialmente, en el plazo de 30 días por parte del asegurador, y de 180 días por parte del asegurado, desde su notificación. Si no se ha interpuesto recurso en ese plazo, el Dictamen es definitivo.

➤ Respecto a los gastos, cada parte debe satisfacer los honorarios de su perito, y por mitad los del perito tercero y demás gastos que se hubieran ocasionado, salvo que una de ellas hubiera mantenido una valoración desproporcionada, en cuyo caso será la única responsable del pago.

➤ para caso de Incapacidad Temporal

Se abona al asegurado una renta diaria mientras se mantenga la incapacidad; la totalidad de la indemnización si no puede



atender sus ocupaciones habituales, o un porcentaje cuando pueda desarrollarlas parcialmente.

➤ para gastos de Asistencia Sanitaria

Están cubiertos todos aquellos gastos de asistencia sanitaria, farmacéutica, hospitalaria, tratamientos médicos, etc., a través de la Organización médica que proporcione el asegurador, o bien abonando todos los gastos realizados por el asegurado en su tratamiento de curación, con la presentación de justificantes y de acuerdo con unos límites pactados en la póliza, tanto de cantidades como de tiempo; el gasto suele ser ilimitado en clínicas y médicos concertados por la compañía y hasta determinadas cantidades si se realiza con centros no concertados.

Las prótesis y aparatos ortopédicos de tipo funcional, normalmente están cubiertos hasta un máximo equivalente al 5% del capital asegurado para la garantía de invalidez permanente o de fallecimiento.

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y EXCLUSIONES MÁS FRECUENTES

Los componentes de riesgo que se analizan en este seguro, a efectos de determinar la prima a aplicar, son:

- La actividad profesional
- La práctica o no de determinados deportes de riesgo
- El estado de salud del posible asegurado
- La edad

Entre los **SUPUESTOS EXCLUIDOS** con mayor frecuencia figuran:

- Enfermedades de cualquier naturaleza, siempre que no hayan sido provocadas por un traumatismo.
- Lumbago y hernias de cualquier clase
- Daños sufridos en peleas, salvo que sean en legítima defensa

- El suicidio o intento de suicidio, o accidentes que provengan de autolesiones.
- Lesiones sufridas en estado de perturbación mental o de embriaguez
- Las sufridas participando en carreras, apuestas o competiciones

Tampoco cubrirá su póliza los siniestros producidos **POR CAUSA DE NATURALEZA EXTRAORDINARIA**, que están a cargo del Consorcio de Compensación de Seguros. Aunque en el capítulo dedicado al Consorcio se analizan con mayor profundidad, recogemos aquí los riesgos cubiertos, que son:

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

MODALIDADES DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES

➤ **Seguros individuales**, en los que existe un solo asegurado, y sus coberturas son extensivas a los ámbitos profesional y extraprofesional.

➤ **Seguros colectivos**, en los que existen simultáneamente varios asegurados. Debe existir un vínculo entre ellos, familiar, una empresa, una asociación, etc.

➤ **Seguro de Accidentes con Riesgos Específicos**, cuando van asociados a un riesgo de otra naturaleza, como el Seguro de Accidentes Familiar, seguro de Accidentes en Escuela, de Ocupantes de Embarcaciones Deportivas, etc.

RECUERDE iii

- En el caso de que contratemos cualquier otro seguro de accidentes, debemos ponerlo en conocimiento del asegurador; éste no puede deducirnos ninguna cantidad de las sumas que hayamos asegurado, pero en caso de no comunicarlo, podría reclamarnos por daños y perjuicios.
- Una vez acaecido el siniestro, bien el tomador, el asegurado, o los beneficiarios, están obligados a:
 - Comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, salvo que se hubiera fijado uno más amplio en las condiciones particulares de la póliza.
 - Facilitar información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del asegurado.
 - El asegurado queda obligado a someterse al reconocimiento de los médicos que designe la Aseguradora, y a trasladarse, por cuenta de ésta, al lugar al que tenga que efectuarse el reconocimiento.
- Junto a la comunicación del siniestro, deberá acompañar la siguiente documentación:
 - Copia del recibo de prima o certificación de la entidad aseguradora, justificativa del pago de la prima de la anualidad en curso.
 - Copia de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza, así como de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios.
 - En caso de fallecimiento: partida de nacimiento y certificación del acta de defunción del asegurado, testimonio de las diligencias judiciales, certificado del Registro de Últimas Voluntades, copia del último testamento o acta judicial de Declaración de Herederos y la carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones.
 - A efectos de reconocimiento del grado de invalidez, el Certificado médico donde se dé cuenta de la evolución del accidente y las secuelas resultantes.

SEGUROS DE ENFERMEDAD

El seguro de enfermedad es aquél que cubre al asegurado los daños económicos que le ocasionen los gastos por asistencia sanitaria, con motivo de una enfermedad y su curación, y palía las necesidades económicas que puedan surgir por sufrir una situación de enfermedad o accidente.

Estos seguros establecen dos grandes bloques de productos:

- Seguro de Subsidio o Indemnización
- Seguro de Asistencia Sanitaria

SUBSIDIO O INDEMNIZACIÓN

POR INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA

- Durante este período, el asegurado no puede dedicarse a sus ocupaciones, bien profesionales, bien habituales o domésticas, motivado por una enfermedad cubierta por esta garantía.
- La contratación suele comprender la vida activa profesional, entre los 16 y los 60 años, y en algunos supuestos se amplía hasta los 65 años.
- Las pólizas de asistencia sanitaria se caracterizan por ser de duración anual, renovables tácitamente salvo manifestación en sentido contrario por el asegurado o la compañía.
- La indemnización diaria se paga durante el tiempo que dure la incapacidad, con el máximo de días que se establezcan, que suelen ser normalmente 365 días menos los días de franquicia que se hubieran podido convenir, contados desde la fecha de baja, o en el caso de que sea necesaria una intervención quirúrgica para su curación, desde la fecha del ingreso hospitalario.

APLICACIÓN DE FRANQUICIAS

En este tipo de seguros pueden haberse estipulado días de franquicia: aquellos días consecutivos contados desde el día de comienzo del periodo de Incapacidad durante los que no se abonará ninguna indemnización, al correr a cargo del asegurado. Suelen ser habitualmente 7 ó 15 días, dependiendo de la profesión del asegurado, y conllevarán lógicamente un menor coste del seguro.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

- La indemnización se devengará durante el tiempo que el asegurado permanezca totalmente incapacitado, y finaliza cuando pueda reanudar su actividad laboral, aunque no esté totalmente recuperado.
- Tenga en cuenta que es independiente de la baja de la Seguridad Social, o de cualquier otra incapacidad que puedan reconocer otras mutuas o entidades, por lo que el periodo de incapacidad indemnizable no tiene por qué coincidir con el que aquéllas le reconozcan, pudiendo incluso finalizar sin que haya recibido el alta de cualquier otra entidad.
- En el caso de continuar ejerciendo un trabajo, aunque sea a tiempo parcial, habrá que estar a lo contratado en la póliza; algunas contemplan el pago del 50% de la cantidad diaria, mientras en otras no se devenga indemnización alguna.
- Si se hubiera abonado alguna indemnización por esta garantía, y el asegurado sufriera una nueva incapacidad temporal por la misma causa, o por causas directamente relacionadas con la anterior, el nuevo periodo de incapacidad se considerará continuación del anterior, y la suma

de todos los periodos no podrá superar ese máximo de 365 días, salvo que entre un periodo de incapacidad y otro hubieran transcurrido doce meses, durante los cuales se hubiera realizado o hubiera podido realizar el trabajo o profesión habitual.

BAREMOS

Algunas Compañías establecen unos baremos máximos de días de indemnización, o los denominados "**baremos de descuento**", de manera que si la recuperación y el alta tienen lugar antes del tope de días que contempla el baremo, se abona una cantidad económica extra.

Para el cobro de la indemnización, deberá acreditar a su Compañía el inicio, mantenimiento y finalización de la incapacidad, y presentar un impreso de solicitud de indemnización y el impreso de baja, cumplimentado y firmado por el médico que le esté tratando.

POR HOSPITALIZACIÓN

- En este supuesto se le abonarán unas cantidades diarias determinadas mientras se encuentre ingresado en un centro hospitalario, como consecuencia de enfermedad o un accidente, hasta que sea dado de alta.
- Se considera Hospitalización cuando hayan transcurrido como mínimo 24 horas desde el internamiento en el centro, a partir del cual comienza a devengarse la indemnización.
- La contratación de esta garantía es por un año renovable de forma tácita, y el límite de edad se establece hasta los 60 años, aunque la cobertura puede ampliarse en determinados casos hasta los 65 años, en los que se causa baja en la póliza obligatoriamente para cualquier asegurado.
- Algunas Compañías aplican las denominadas **Cláusulas de Mejora**, para el supuesto de que el asegurado sea interna-

do, por causas ajenas a su voluntad, en un centro que se encuentre en una provincia distinta a su residencia habitual, concediendo hasta el 150% de la indemnización.

- La documentación a presentar será el informe o historial clínico del ingreso hospitalario, en el que consten las fechas de ingreso y alta y el origen de la enfermedad o accidente, y el impreso de solicitud de indemnización.

POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Con base en un baremo establecido por la aseguradora, la indemnización tendrá lugar cuando el asegurado deba someterse a una intervención quirúrgica, y dependerá de la gravedad y complejidad de la misma.



SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

En este caso la Aseguradora no se obliga al pago de una indemnización en forma de capital, sino que toma a su cargo la prestación de los servicios que sean requeridos a través de una relación de facultativos médicos, hospitales y servicios concertados por la propia Aseguradora.

La cobertura puede consistir en:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONCERTADOS

Podemos recibir todos los servicios médicos que hayamos contratado, acudiendo siempre a uno de los centros concertados. En estas pólizas, la aplicación de *franquicias* suele realizarse a través del sistema de **talones o cheques médicos**, mediante los cuales el asegurado se hace cargo de una parte de los honorarios médicos al tener que abonar un precio por cada cheque utilizado, o bien que sólo exista franquicia cuando se requieran médicos especialistas o servicios determinados, corriendo a cargo del asegurador la totalidad de todos los servicios de medicina general y afines.

En ningún caso puede sustituirse la prestación de servicios de asistencia sanitaria por indemnizaciones optativas en metálico.

REEMBOLSO DE GASTOS

El asegurador reembolsará las facturas y gastos en general que por razón de enfermedad o accidente, contemplados en la póliza, hayamos tenido que satisfacer a médicos y centros hospitalarios.

Normalmente, cuando existe libre elección de facultativos y servicios, hay unos baremos que limitan el reembolso por parte de la Compañía aseguradora.

Podemos encontrar diferentes **TIPOS DE REEMBOLSO DE GASTOS:**

- **Hospitalarios.** Cubren todos los gastos de hospitalización (habitación, manutención), así como los necesarios para el tratamiento médico o quirúrgico, siempre que el internamiento haya sido prescrito por un médico.
- **Completo.** Además de los hospitalarios, comprenden los derivados de consultas médicas, realización de pruebas o el servicio de traslado en ambulancia.
- **Complementarios.** Cuando las pólizas de reembolso de gastos incluyen también los de asistencia sanitaria, pudiendo el asegurado utilizar ambos servicios indistintamente.

OTRAS COBERTURAS

Tanto las pólizas de asistencia sanitaria como las de reembolso de gastos suelen incorporar otra serie de coberturas que las diferencian, como la denominada **Gran Cobertura**, para tratamientos excepcionales que impliquen gastos muy elevados, **Cobertura Dental**, **Asistencia en Viaje** (incluyendo el traslado o repatriación en caso de enfermedad o lesión, desplazamientos y estancias de un familiar del asegurado, envío de medicamentos, etc.), o la **Consulta Internacional**, con la posibilidad de obtener una segunda opinión en centros de otros países sobre diagnósticos o tratamientos médicos.

LOS PERIODOS DE CARENCIA

Son periodos de tiempo que pueden imponer las aseguradoras, durante los cuales no estarían cubiertas determinadas prestaciones hasta pasado un tiempo, normalmente de 6 meses o un año (por ejemplo, la asistencia al parto).

EL SEGURO OBLIGATORIO DE VIAJEROS

Garantiza a éstos las indemnizaciones pecuniarias correspondientes y la asistencia que sea necesaria, cuando sufran daños corporales por accidentes ocurridos en vehículos de transporte público colectivo de personas.

Su protección alcanza a los usuarios de medios de transporte terrestre (urbanos e interurbanos), así como a los medios maríti-

mos, quedando protegido todo viajero en viajes que tengan su comienzo en territorio español, sin limitación de destino.

El obligado a concertar el seguro es el transportista, que debe pagar la prima, que es repercutida al viajero en el precio del transporte.



SEGUROS MULTIRRIESGO DEL HOGAR

El ramo de los seguros del hogar es uno de los que más conflictos entre aseguradoras y titulares de pólizas genera, debido fundamentalmente a que muchas veces se desconocen las exclusiones y limitaciones que imponen las cláusulas del contrato.

Las diferencias entre compañías son grandes ante un mismo supuesto de cobertura, no sólo en las primas, sino que cada una fija su baremo de indemnizaciones, sus límites, franquicias y supuestos excluidos.

Básicamente todas las pólizas de seguros multirriesgo cubren los daños por incendio, robo, agua, y responsabilidad civil, y las coberturas son **porcentajes sobre el valor asegurado, o unas cantidades máximas para cada riesgo, o ambas a la vez.**

Lea bien la póliza y las coberturas que alcanza; muchas veces por desconocimiento no se reclaman prestaciones a las que se tiene derecho.

El precio de la póliza dependerá lógicamente del valor de lo asegurado. Sin embargo, las Compañías aseguradoras tienen en cuenta también otra serie de cuestiones como:

- la existencia o no de medidas de seguridad en el hogar, como puertas blindadas, caja fuerte, rejas o alarmas.
- la ubicación de la vivienda, y el índice de siniestralidad de la zona o de la ciudad en que se encuentra la casa.

En un seguro multirriesgo del hogar debe asegurarse de forma separada 3 apartados:

- **EL CONTINENTE**
- **EL CONTENIDO**
- **La RESPONSABILIDAD CIVIL**

CONTINENTE

Es el edificio o estructura de la vivienda, instalaciones y elementos fijos (armarios empotrados, antenas de televisión), garajes y trasteros, así como la parte que corresponde de las zonas comunes del edificio o la urbanización.

*** QUÉ CAPITAL debe asegurar como continente de su vivienda.**

Es fundamental que contrate los capitales correctos para que la indemnización sea suficiente para hacer frente a las pérdidas económicas que haya sufrido. Debe valorar e incluir todas las dependencias anexas como trasteros, bodega, garaje, zonas deportivas, así como vallas y muros si existieran, y que estos elementos consten en las condiciones particulares.

El valor que tiene que tomar como referencia es el del posible **coste de reconstrucción de la vivienda**, no el del suelo ni el valor de venta, siendo aconsejable poner en relación los metros cuadrados de la superficie total de la vivienda con el coste medio de reconstrucción de una de similares características.

Recuerde una vez más lo dicho en otro lugar de esta guía sobre el infraseguro: si el capital que Usted ha asegurado es inferior al valor real de los bienes, la indemnización que recibirá por los objetos dañados o destruidos será proporcional al valor declarado.

CONTENIDO

El Contenido lo forman muebles, electrodomésticos, ropa, enseres domésticos, provisiones y víveres y demás objetos de uso personal.

Generalmente las aseguradoras **excluyen**, salvo pacto en contrario, del contenido:

- vehículos a motor
- remolques y embarcaciones
- documentos que garanticen dinero
- animales, plantas y árboles
- joyas y objetos de valor, pieles, antigüedades.

Para valorar adecuadamente el capital a asegurar, es muy aconsejable hacer previamente un inventario.

JOYAS Y OBJETOS ESPECIALES

Las condiciones generales de la póliza suelen diferenciar una serie de objetos que, bien por su precio elevado, bien por sus características especiales de valor artístico, antigüedad, etc., deben ser valorados y declarados de forma expresa en la solicitud de seguro.

Así, tienen esta denominación:

- cuadros y obras de arte
- colecciones filatélicas y numismáticas
- objetos de plata y metales preciosos que no sean joyas
- alfombras y tapices
- abrigo de piel.

Respecto a las joyas, tiene que declarar el valor de aquéllas que guarde en caja fuerte, las que habitualmente tenga fuera de la caja fuerte, y todos los demás objetos de valor.

Para calcular el capital a asegurar, debe basarse en las facturas de compra de cada uno de esos objetos y joyas, y, en caso de siniestro, la compañía calculará la indemnización con base a su valor real.

LA DECLARACIÓN DETALLADA E INDEPENDIENTE DE JOYAS Y OBJETOS ESPECIALES, supondrá, lógicamente, un incremento de la prima y del coste que tendremos que afrontar por el seguro, pero es aconsejable, porque:

- Las compañías obligan a detallar aquellas joyas y objetos especiales que tengan un valor superior a determinadas cantidades.

- En caso de siniestro, la prueba de la preexistencia de esos bienes, según la ley, corresponde al asegurado, pero el contenido de la póliza constituirá una presunción a favor del asegurado cuando no puedan aportarse otras.

LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Con ella se pretenden cubrir las indemnizaciones de las que se tenga que hacer cargo, como consecuencia de daños materiales, personales y perjuicios económicos causados a terceros por acciones u omisiones negligentes, por ejemplo:

- Daños producidos por la realización de reparaciones domésticas o trabajos de conservación de la vivienda por parte del propietario.
- Supuestos en los que el cabeza de familia deba responder civilmente por acciones u omisiones realizadas por personas a su cargo.
- Daños producidos por animales domésticos, salvo los que deban estar asegurados por un seguro obligatorio, como los perros considerados peligrosos, cuya regulación específica obliga a sus dueños a suscribir un seguro de responsabilidad civil frente a terceros por cuantía igual o superior a 120.000 euros.

LA GARANTÍA DE ASISTENCIA EN EL HOGAR

Los servicios que cubren este tipo de garantías suelen ser de dos tipos, dependiendo de que haya existido siniestro o no:

- EN EL CASO DE UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA:

La entidad aseguradora pone a su cargo los profesionales necesarios para reparar las consecuencias del siniestro producido en la

vivienda (fontaneros, electricistas, cerrajeros, etc).

En determinados casos también se incluyen otros servicios complementarios, generalmente cubiertos hasta unos determinados límites, como son los gastos de hotel, manutención y lavandería, en el caso de que la vivienda resultara inhabitable temporalmente a causa del siniestro, o gastos de personal de seguridad, en el caso de que fuera necesario.

- SIN EXISTENCIA DE SINIESTRO:

Mediante esta cobertura, la Entidad Aseguradora le pone en contacto con los distintos profesionales que requiera para la reparación de su vivienda, en algunos casos a través de servicios de urgencia de 24 horas, y cuyos costes serán a su cargo.

LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE HOGAR EN LOS PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS

En el caso de concesión de un préstamo hipotecario, el banco le exigirá la contratación de una póliza de seguro, que cubra al menos las garantías de incendio, explosión y rayo y por una cantidad como mínimo igual al valor de la hipoteca.

Pero recuerde que [no tiene por qué suscribir el seguro con la aseguradora que le proponga el banco, puede hacerlo con cualquier otra, y entregar una copia de la póliza que suscriba.](#)

En el caso que se produzca el siniestro, el Banco cobraría directamente la indemnización, hasta el límite de la cantidad no amortizada a la fecha del siniestro.

LÍMITES Y EXCLUSIONES EN LA COBERTURA DE DETERMINADOS DAÑOS

Es fundamental que lea bien todas las condiciones de la póliza y conozca los límites y

exclusiones de las coberturas que ha contratado.

Así, por ejemplo:

- La cobertura de daños causados por agua se encuentra a veces limitada a una parte de los gastos de localización y reparación de las averías, o a una cantidad máxima que incluye esos mismos gastos más los daños que se hubieran podido causar.
- De igual manera, en el caso de incendio, algunas pólizas sólo cubren un tanto por ciento de los costes del servicio de bomberos o establecen un límite máximo por dicho concepto.

Respecto a las **EXCLUSIONES:**

- Habitualmente las pólizas no cubren daños producidos por actuaciones negligentes, como la falta de reparaciones necesarias para el buen funcionamiento de las instalaciones, por el desgaste natural de los bienes asegurados, o los originados por humedad, condensación o entrada de agua en la vivienda a causa de fenómenos meteorológicos.
- Los daños en aparatos eléctricos son excluidos por algunas compañías, y otras sólo lo cubren si han sido producidos por rayos o si los aparatos tienen un determinado tiempo.
- Respecto a los cambios de cerradura, algunas se hacen cargo sólo si ha sido forzada, mientras otras incluyen la pérdida o sustracción de llaves.

La **LISTA DE GARANTÍAS** que pueden incluir las pólizas de multirriesgo es muy amplia, algunas son:

- Daños estéticos.
- Roturas de cristales, lunas, loza sanitaria y vitrocerámicas, excluyéndose las producidas por obras de reforma, traslado, o por defectos de instalación o colocación.
- Inhabitabilidad, que cubre los gastos de

hotel o de alquiler de vivienda durante el tiempo que el asegurado y su familia deban permanecer fuera de la casa, como consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza.

- Uso de tarjetas de crédito, debido a robo o extravío, con un límite de indemnización.
- Pérdida de alimentos congelados y otros víveres, en caso de un corte en el suministro eléctrico o avería.
- Reposición de documentos, corriendo de cargo de la aseguradora los gastos originados por la nueva tramitación de los documentos dañados en el siniestro (DNI, pasaporte, permiso de conducir...)
- Traslado temporal de bienes, que ofrece la posibilidad de asegurar las pertenencias que se trasladen en vacaciones.

RECOMENDACIONES

- Infórmese de qué tipo de indemnización recibirá en caso de siniestro: si se

trata de una reposición o reemplazo del bien, la prestación de un servicio o si consiste en una indemnización en metálico.

- Solicite un peritaje de los bienes asegurados a la propia compañía aseguradora, que de esta forma quedará vinculada por su dictamen.
- En caso de siniestro, respete plazos y forma de comunicación con la compañía, y facilítele toda la información de la que disponga.
- Asegure el valor exacto de la vivienda. Si lo hace a la baja, la prima que deberá pagar será menor, pero en caso de siniestro la indemnización también será mucho menor al perjuicio sufrido (infra-seguro), mientras que si la tasación es por encima del valor real, sólo le indemnizarían por lo que le corresponda.



SEGURO DE DEFENSA JURÍDICA

Mediante este seguro, la compañía aseguradora se obliga a prestarle los servicios de asistencia jurídica y extrajudicial, haciéndose cargo de los gastos que le pueda originar la intervención en un procedimiento judicial, administrativo o arbitral.

Están *excluidos* de la cobertura de este seguro:

- el pago de multas
- las indemnizaciones de gastos originados por sanciones impuestas al asegurado por las autoridades administrativas o judiciales.

Para evitar su desconocimiento, que suele ser bastante habitual, este seguro debe ser destacado de forma independiente, bien en otro contrato, o bien dentro de una póliza única pero en capítulo aparte, especificando

cuál es el contenido de la defensa jurídica garantizada y la prima que debe pagar.

En todo caso, recuerde que siempre tiene derecho a elegir libremente el Procurador y Abogado que le represente y defienda en cualquier clase de procedimiento, y que éstos no están sujetos a las instrucciones del asegurador, salvo en los casos de responsabilidad civil del propio asegurado en los que el asegurador asume la defensa y dirección jurídica.

En caso de que no esté de acuerdo con el modo de tratar alguna cuestión litigiosa por parte de la aseguradora, tiene derecho a someterla a arbitraje, siempre que éste sea aceptado voluntariamente por la Compañía.



SEGUROS EN LA LEY DE ORDENACIÓN DE LA EDIFICACIÓN

Los diversos agentes que intervienen en el proceso de edificación, deben responder frente a los propietarios y terceros adquirentes de los daños materiales que se puedan producir, dentro de una serie de plazos, desde la recepción de la obra.

Así:

- **El promotor debe responder, durante 10 años**, de los daños materiales causados en el edificio por vicios o defectos que afecten a la cimentación, los soportes, las vigas, muros de carga y otros **elementos estructurales que puedan afectar a la estabilidad del edificio**.
- **Durante 3 años**, de los vicios o defectos de los elementos constructivos o de las **instalaciones que afecten a la habitabilidad**, como pueden ser los referidos a la gestión de toda clase de residuos, la higiene, la salud, la protección contra el ruido o el aislamiento térmico.
- **El constructor responderá dentro del plazo de un año**, de aquellos vicios o defectos que tengan que ver con **elementos de terminación o acabado de la obra**.

Para hacer efectivas estas garantías, se establece un sistema de aseguramiento obligatorio de los daños materiales descritos, cuyas **CARACTERÍSTICAS** principales son:

- En el primer y segundo supuesto, el tomador del seguro será el **promotor**, y el **constructor** lo será en el último. Tendrán la consideración de asegurado el propietario y los sucesivos adquirentes del edificio o parte del mismo.
- La prima debe estar pagada en el momento de recepción de la obra, pero



en el supuesto de que se hubiera pactado un fraccionamiento, la falta de pago de las primas sucesivas **no da derecho a la aseguradora a resolver ni extinguir el contrato**, así como tampoco puede suspender la cobertura ni liberarse de su obligación.

- El asegurador asume el compromiso de indemnizar al asegurado al primer requerimiento.
- Aunque exista un mutuo acuerdo, **no puede rescindirse ni resolverse el contrato** hasta que hayan transcurrido los distintos plazos de duración previstos.

- El asegurador puede optar por indemnizar en metálico la cantidad en que se valoren los daños o por la reparación de los mismos.
- Para las garantías de los vicios y defectos que afecten a los elementos de terminación y acabado, no se podrá establecer **ninguna cláusula que introduzca franquicias** o cualquier limitación en la responsabilidad. En los otros dos supuestos, si el contrato establece alguna franquicia, no podrá en ningún caso ser superior al **1 por 100** del capital asegurado.

Salvo pacto en contrario, las garantías de estos seguros **NO CUBREN**

- Los daños corporales y otros perjuicios económicos diferentes de los daños materiales.
- Los que se produzcan a inmuebles adyacentes al edificio.
- Los daños causados a bienes muebles situados en el edificio.
- Daños ocasionados por obras o modificaciones realizadas en el edificio después de la recepción, salvo que tengan lugar para subsanar defectos observados.
- Los ocasionados por mal uso o falta de mantenimiento adecuado del edificio.
- Los daños que tengan su origen en un incendio o explosión, salvo que sean originados por defectos de las propias instalaciones del edificio.
- Los que se ocasionen por caso fortuito, fuerza mayor, un acto de tercero o por el propio perjudicado por el daño.

EL IMPORTE MÍNIMO DEL CAPITAL ASEGURADO

El importe mínimo que en cada caso deberá estar asegurado será:

- El 5 por ciento del coste final de la ejecución de la obra, incluidos los honorarios profesionales, para las garantías por defectos en los elementos de la terminación o acabado.
- El 30 por ciento del coste final, en el seguro que debe garantizar los requisitos de habitabilidad.
- El 100 por 100 de los mismos conceptos, para las garantías que deban hacer frente al resarcimiento de daños materiales por vicios que comprometan la resistencia y estabilidad del edificio.

LAS **ACCIONES** para exigir responsabilidades por los daños materiales que tengan su origen en vicios o defectos cubiertos por estos seguros, **prescriben en el plazo de 2 años** desde que se produzcan dichos daños.

EXIGENCIAS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESCRITURAS

Como requisito previo para la inscripción de escrituras públicas de obra nueva, el Registro de la Propiedad debe exigir que se acredite que se han constituido estas garantías.

De igual forma, el Registro Mercantil no puede inscribir la liquidación de una sociedad promotora sin que se acredite previamente ante el Registrador que se han constituido, en relación con todas y cada una de las edificaciones que se hubieran promovido.

OBLIGATORIEDAD DE LAS GARANTÍAS

El seguro decenal **es de suscripción obligatoria para todo edificio cuyo destino sea el de vivienda**; respecto al seguro anual y trienal, debía establecerse su obligatoriedad por Real Decreto, pero hasta la fecha no se ha desarrollado.

EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

El Consorcio es una Entidad pública, adscrita a la Dirección General de Seguros. Además de otras funciones encomendadas, como la liquidación de entidades aseguradoras, desempeña funciones aseguradoras en determinados supuestos.

COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

El Consorcio satisface las **indemnizaciones derivadas de siniestros extraordinarios** a los asegurados que, habiendo pagado los correspondientes recargos a su favor, no estén cubiertos a través de una Compañía privada por estos riesgos.

Son considerados ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS:

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

No son indemnizables por el Consorcio los daños o siniestros siguientes:

- Aquéllos no contemplados en la Ley de Contrato de seguro como hechos que den derecho a indemnización.
- Los que se ocasionen en personas o bienes asegurados por un contrato de seguro en el que no sea obligatorio el recargo a favor del Consorcio.
- Los que se deban a un defecto o vicio propio de la cosa asegurada.

- Los producidos por conflictos armados.
- Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- Los que se deban a la mera acción del tiempo o de agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza señalados anteriormente.
- Los causados en el curso de reuniones, manifestaciones y huelgas legales.

Existen unos recargos obligatorios a favor del Consorcio que deben ser recaudados por las entidades aseguradoras juntamente con sus primas.

Respecto a los Riesgos Extraordinarios, pueden ser también asegurados por entidades privadas, el Consorcio ya no tiene la exclusividad de aseguramiento de este tipo de riesgos.

En definitiva, para que pague el Consorcio, **será necesario:**

- Que el asegurado haya satisfecho los recargos correspondientes a favor del Consorcio.
- Que ese riesgo extraordinario no esté cubierto en la póliza por parte de la entidad aseguradora.
- Que aún estando cubierto, la Aseguradora haya sido declarada en quiebra, suspensión de pagos, o esté en procedimiento de liquidación.

CÓMO RECLAMAR POR UN SINIESTRO EXTRAORDINARIO

Si se han producido daños tanto en las personas como en los bienes, consecuencia de algún fenómeno de la naturaleza o de actos de carácter político social sobre los que recae la cobertura del consorcio (y siempre que estos riesgos no estén cubiertos por la

Compañía privada), la reclamación de la indemnización, por parte del asegurado, tomador o el beneficiario, debe presentarse:

- Ante la Delegación regional del Consorcio que corresponda al lugar donde haya ocurrido el siniestro.
- En las propias oficinas de la Compañía con la que ha contratado el seguro ordinario.

La Reclamación debe presentarse en una **HOJA DE COMUNICACIÓN DE SINIESTRO**, a la que debe adjuntarse la siguiente documentación:

DAÑOS PERSONALES:

- Fotocopia del DNI/NIF del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos bancarios (20 dígitos) del perceptor de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza y de todos sus apéndices y suplementos.
- Fotocopia del recibo del pago de la prima vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente el importe que corresponde a la prima comercial y el recargo pagado al Consorcio de Compensación de seguros.
- Documentación que justifique el siniestro y sus causas (atestados, periódicos...).



EN CASO DE MUERTE:

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del DNI/NIF del posible beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza y de todos sus apéndices y suplementos.
- Fotocopia del recibo del pago de la prima vigente a la fecha de acaecimiento del siniestro, donde se especifiquen claramente el importe que corresponde a la prima comercial y el recargo pagado al Consorcio de Compensación de seguros.
- Datos bancarios (20 dígitos) de los beneficiarios.
- Documentación que justifique el siniestro y sus causas (atestados, periódicos...).
- Libro de familia, testamento, y en caso de no existir, declaración de herederos o acta de notoriedad, para el caso de que no se hayan designado beneficiarios en la póliza.

DAÑOS MATERIALES:

- Fotocopia del DNI/NIF del perceptor de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza y de todos sus apéndices y suplementos.
- Fotocopia del recibo del pago de la prima vigente a la fecha de acaecimiento del siniestro, donde se especifiquen claramente el importe que corresponde a la prima comercial y el recargo pagado al Consorcio de Compensación de seguros.
- Datos bancarios (20 dígitos) de los beneficiarios.

A fin de poder justificar los daños, es aconsejable dejar constancia previa de su situación y estado, mediante fotografías, actas notariales, vídeos, certificados oficiales, así como con las facturas que correspondan a los bienes siniestrados.

DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS

DIRECCIÓN GENERAL DE CONSUMO DEL GOBIERNO DE ARAGÓN

Avda. Pablo Gargallo, 3, 1 Planta

50003 – ZARAGOZA

Teléfono de Atención al Consumidor: 900 12 13 14

www.aragob.es/consumo

SERVICIOS PROVINCIALES DE SALUD Y CONSUMO

HUESCA: C/ San Jorge, 65. Tel.: 974 21 16 00

TERUEL: C/ Joaquín Arnau, 22, 4 Planta. Tel.: 978 60 33 00

ZARAGOZA: Avda. Cesáreo Alierta, 9-II. Tel.: 976 71 52 43/71 52 42

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS

Paseo de la Castellana, 44

28046 – MADRID

Tel.: 91 33 97 00

CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Serrano, 69

28046 – MADRID

Centro de Atención telefónica y Contratación Tel.: 902 22 26 65

DELEGACIÓN DEL CONSORCIO EN ARAGÓN

Plaza Aragón n 4, 1

50004 – ZARAGOZA

Tel.: 976 30 15 00

UNIÓN DE CONSUMIDORES DE ARAGÓN-UCE

C/ Espoz y Mina, 6, 4

50003 ZARAGOZA

Tel.: 976 39 76 02

Fax: 976 39 86 30



Unión de
Consumidores
de Aragón

