



PÓLIZA MASTER: NCA-16-01

EFECTO: desde las 00:00 horas del: ___/___/2016 **Vencimiento:** desde las 00:00 horas del: 31/12/2016

ESTA PÓLIZA ES ANUAL NO RENOVABLE

ASEGURADO:

NOMBRE: _____

APELLIDO 1º: _____

APELLIDO 2º: _____

NIF: _____

DIRECCION: _____

C.P.: _____ **POBLACIÓN:** _____ **PROVINCIA:** _____

PRIMA TOTAL ANUAL: 59.56€

GARANTIAS CONTRATADAS: Se detallan las coberturas expresamente incluidas en su póliza

| | |
|--|---------|
| Muerte por accidentes no laboral..... | 6.000 € |
| Invalidez permanente absoluta y parcial por accidente..... | 6.000 € |
| Gastos de Sepelio por accidente no laboral..... | 3.500 € |
| Incapacidad Temporal Periodo desde el 1º día hasta 20º día (*) | 28 € |
| Incapacidad temporal, Límite máximo por asegurado y siniestro..... | 560 € |
| Incapacidad laboral, Límite máximo por asegurado y año..... | 840 € |

En caso de fallecimiento del Asegurado quedan incluidos los gastos de atención psicológica al beneficiario hasta 5 sesiones por siniestro, con un límite de **600 euros**.

() La incapacidad temporal tiene marco extralaboral pero cubre las contingencias de Accidente y Enfermedad. La Incapacidad temporal tiene una franquicia reversible de tres días, es decir bajas de menos de tres días no serán indemnizadas, si la baja es superior a tres días se indemnizará desde el primer día.*

FORMA DE PAGO:

Se requiere adjuntar ingreso de la prima a abonar junto con la solicitud de emisión y copia NIF. La Caixa:

ES5221008643580200058799

Aclaraciones sobre las Coberturas contratadas:

Las coberturas detalladas y cuantificadas **corresponden a prestaciones cubiertas por hechos acaecidos fuera de su ámbito laboral.**

i una causa final, tanto para accidentes como para vida, tiene su origen en un accidente de índole laboral, dicha prestación no es objeto de cobertura.

Ámbito temporal y geográfico de la cobertura.

A los efectos de la cobertura del presente contrato los eventos garantizados son exclusivamente los ocurridos durante su vigencia.

A efectos de aceptación y cómputo del siniestro per el asegurador, se tendrá en cuenta la jurisprudencia vigente en cada momento.

El ámbito geográfico de aplicación de la presente póliza es mundial.

EXCLUSIONES GENERALES.

Se hace expresamente constar que serán de aplicación las siguientes exclusiones:

Para accidentes no laborales:

Los derivados de conflictos armados o guerra civil o internacional aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra. Suicidio, tentativa de suicidio o automutilación.

Lesiones o enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.

Imprudencia o negligencia grave, declarados así judicialmente.

Acontecimientos extraordinarios cuya cobertura corresponde al consorcio de Compensación de seguros.

Actos dolosos o causados intencionadamente por el Asegurado y aquellos sufridos por el mismo en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, salvo que el

Asegurado o Beneficiario puedan probar que el accidente no tuvo relación con dicho estado por ser un tercero el causante del mismo.

Radiación o contaminación radioactiva, así como la derivada de la energía nuclear.

Para Incapacidad Temporal Quedan EXCLUIDAS las indemnizaciones derivadas de:

Hospitalización.

Enfermedad Profesional entendiéndose como tal la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en cuadro aprobado por las disposiciones de aprobación y desarrollo de la ley general de la Seguridad Social, y que este provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

Intervención quirúrgica.

Aplicación de radioterapia.

Queda EXCLUIDA, cualquier baja a consecuencia de enfermedades, dolencias y tratamientos, que sean de origen psicológico o psiquiátrico incluyendo cualquier tipo de ansiedad o depresión.

Aplicación de radioterapia.

Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza, así como las derivadas del consumo de estupefacientes, drogas tóxicas y alcohol.

Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in Vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto. Tratamientos odontológicos (empastes, endodoncias, extracciones, etc.)

Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.).

Sida y/o enfermedades asociadas al virus VIH.

Epidemias oficialmente declaradas.

DOCUMENTACIÓN PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Siempre será necesario **enviar correctamente cumplimentado y firmado** el parte de siniestros, en el que se tendrá que indicar la siguiente información:

.- NOMBRE Y APELLIDOS, NIF, FECHA DE BAJA, FECHA DE ALTA, MOTIVO DE LA BAJA, E-MAIL, TELÉFONO, Nº DE CUENTA BANCARIA de ingreso de la indemnización.

También se tendrá que aportar en todos los casos la **siguiente documentación**:

.- Parte de Baja (*en los casos que el parte de baja no recoja el diagnóstico que motiva la Baja, se adjuntará Parte Oficial de Salud o documento médico que especifique claramente el motivo de la baja, a los efectos de comprobar que no está dentro de las exclusiones establecidas en las coberturas de la póliza, quedando estos datos bajo el amparo de la Ley de Protección de Datos Personales*)

.- Partes de Seguimiento

.- Parte de Alta (*solo en el caso de que la baja sea inferior o igual a 20 días*)

.- En caso de accidente no laboral (el parte de urgencias)

EL PARTE DE SINIESTRO JUNTO CON TODA LA DOCUMENTACIÓN INDICADA SE ENVIARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DE E-MAIL QUE SE INDICA EN EL PROPIO PARTE.

EN _____ a ____ de _____ de 2016

Fdo.: EL SOLICITANTE,