



PROYECTO de SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

Con garantía de Incapacidad Temporal diaria

A la consideración de:

FSS - CCOO



1. OBJETO DEL SEGURO

Este proyecto tiene por objeto fijar las condiciones de la contratación por parte de SME- CCOO

Domiciliado en Via Laietana 16 de Barcelona de un seguro colectivo que garantice el pago de una cuantía o dieta diaria en caso de interrupción de la actividad laboral o profesional del asegurado, de forma temporal, como consecuencia de una enfermedad común o un accidente NO laboral, según se definen éstos en las condiciones contractuales de la póliza.

Para tener derecho a la garantía de incapacidad temporal el Asegurado deberá requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.

Queda excluida cualquier contingencia cubierta al 100% por parte de la Administración, así como aquellas bajas laborales cuyo periodo se haya iniciado con anterioridad a la fecha de Alta del Asegurado en la póliza.

2. CONDICION DE ASEGURADOS

Tienen esa condición de grupo asegurado las personas físicas que guarden relación con el Tomador, funcionarios afiliados a FSS -CCOO y afiliados en general a CCOO, cuyas características se indican en los puntos siguientes.

Como requisitos necesarios, además de estar inscritos en la relación facilitada por el Tomador, las personas aseguradas deben tener una edad comprendida entre 18 y 65 años en la fecha en la que la póliza toma efecto, o en la fecha de alta si es posterior a aquélla, tener residencia habitual en el territorio español y estar incluidos en el Régimen de la Seguridad Social.

No serán asegurables las personas que se encuentren en situación de baja laboral en la fecha de efecto de la póliza, o fecha de alta si fuese posterior.

Tampoco quien en la entrada en vigor de las coberturas estén afectados, o en trámite de calificación, de cualquier expediente de Invalidez.

Grupo asegurado:

El nº total de asegurados estimado es de: 3.000 afiliados

Mínimo de asegurados al inicio de la póliza: 100



3. EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA LA CONTINGENCIA DE ENFERMEDAD COMUN

Definición de enfermedad común.- Toda alteración de la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico, no considerada "accidente" o "enfermedad profesional", y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Se hace expresamente constar que la indemnización a abonar a los asegurados con minusvalías previas a la contratación de la póliza, será la que correspondería a una persona sin la citada minusvalía.

QUEDAN EXCLUIDOS DE LAS GARANTÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL, Y POR TANTO, NO DARAN DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA, LOS SIGUIENTES HECHOS CAUSANTES:

1. Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos siempre que no exista un diagnóstico médico.
2. La depresión, el estrés, la fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, el síndrome del quemado o 'burnout', las enfermedades psicosomáticas, psicosis, neurosis, psicopatías, alteraciones de la personalidad, y cualquier forma de trastorno mental.
3. El embarazo, aborto, parto y puerperio.
4. Las enfermedades o complicaciones derivadas o agravadas por el embarazo, aborto, parto, y puerperio.
5. Las enfermedades o lesiones ocasionadas o acaecidas en estado de embriaguez, alcoholismo, toxicomanía o consumo de drogas o estupefacientes sin prescripción médica. A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.
6. Las enfermedades o lesiones consecuencia de actos de guerra, terrorismo, tumultos o alteraciones de orden público, hechos extraordinarios o catastróficos como terremotos, huracanes, inundaciones, fugas radiactivas y epidemias oficialmente declaradas.
7. Cualquier tipo de tratamiento no curativo y cualquiera de sus consecuencias y secuelas al que se someta voluntariamente el asegurado, como cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, etc., salvo los que sean consecuencia de enfermedad o accidente. El tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluso con prescripción médica. Exámenes médicos o revisiones.
8. Enfermedades o lesiones generadas dolosamente por el Tomador u asegurado que impliquen riesgo para la salud del asegurado, así como la omisión o interrupción voluntaria del tratamiento y otros daños causados voluntariamente por el asegurado.
9. Enfermedades neurológicas siempre que no exista un diagnóstico médico.
10. Personas seropositivas para el virus VIH, afectadas del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como sus complicaciones, consecuencias y secuelas.
11. Cualquier contingencia cubierta al 100% por parte de la Administración.



4. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LAS GARANTÍAS

- ⓪ Para la cobertura de Incapacidad Temporal, el riesgo queda cubierto únicamente si el accidente se produce dentro del territorio européo.
- ⓪ Para el resto de coberturas de Fallecimiento, Invalidez Permanente, o asistencia sanitaria por accidente, de contratarse, el riesgo queda cubierto en cualquier país del mundo.

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Muerte por accidente extra-laboral	6.000 €
Invalidez permanente por accidente extra-laboral según baremo	6.000 €
Asistencia sanitaria por accidente no laboral	6.000 €
Gastos de sepelio	2.000 €

Incapacidad temporal por accidente no laboral o enfermedad

Incapacidad temporal por accidente no laboral o enfermedad según cuadro relacionadomás abajo

El asegurado, tiene cobertura exclusivamente para las enfermedades comunes y los accidentes NO laborales, quedando también excluido de la cobertura de la póliza las bajas que se produzcan en acto de servicio, por enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo y las que requieran hospitalización o intervención quirúrgica.

TEMPORALMENTE, existirá un período de carencia de 2 meses, desde la contratación de la póliza.

Cantidad diaria contratada, y reflejada en la solicitud y condiciones particulares del seguro, por cada día en que el asegurado se encuentre en situación de Incapacidad temporal cubierta por las condiciones del seguro, con un período máximo de 20 días por proceso de baja, incluyéndose el día del alta.

Se establece un límite máximo por siniestro y afiliado de 20 días por proceso de baja, con un máximo de 180 días por afiliado y anualidad.

MODALIDAD	TEMPORALMENTE EXCLUIDO DEL DIA 1 AL 3	INDEMNIZACION DEL DIA 4 AL 20 (inclusive)
1	17,00	8,50
2	25,00	13,00
3	39,00	19,00
4	42,00	21,00
5	59,00	30,00
6	75,00	38,00



6. PRIMA/DURACIÓN DEL SEGURO

MODALIDAD	TEMPORALMENTE EXCLUIDO DEL DIA 1 AL 3	INDEMNIZACION DEL DIA 4 AL 20 (inclusive)	PRIMA TOTAL POR ASEGURADO
1	17,00	8,50	24,00
2	25,00	13,00	35,00
3	39,00	19,00	50,00
4	42,00	21,00	56,00
5	59,00	30,00	77,00
6	75,00	38,00	98,00

La forma de pago será anual y por anticipado.

Se establece un primer vencimiento de la póliza de seguro a 31.12.2013, siendo prorrogable por una anualidad, a cada vencimiento 31 de Diciembre.

7. RELACION DE ASEGURADOS Y REGULARIZACIÓN DE ALTAS Y BAJAS

El Tomador del seguro se compromete a facilitar a la Cía., una tabla con la relación nominal de las personas aseguradas en columnas diferentes con expresión de su D.N.I, Nombre, Apellido 1, Apellido 2, Sexo, fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) y profesión.

En ningún caso el Asegurador se hará cargo de siniestros de personas que no figuren en la relación nominal de Asegurados, previamente comunicada al Asegurador, ni de aquellas otras excluidas de las Condiciones Generales y Especiales del seguro.

Regularización de primas:

En el momento de suscribir la póliza colectiva se establecerá una Prima mínima o prima de depósito, a regularizar, de xxxx euros.

Esta prima se cobrará una vez emitido el contrato de seguro, y tiene la consideración de mínima y no extornable.

Salvo pacto en contrario, la regularización de primas se realizará mediante suplementos que se emitirán mensualmente, en función de las altas al colectivo durante el periodo de vigencia de la cobertura.

El Tomador se obliga semanalmente a comunicar las altas y bajas de asegurados que servirán para establecer en cada periodo la prima resultante. El Asegurador por su parte emitirá un recibo mensual de prorrata de prima, por la diferencia entre el número de asegurados neto acumulado en cada mes, respecto del mes anterior.

Un asegurado causará baja en la póliza del seguro por una de las siguientes razones:



1. Dejar de pertenecer al grupo asegurable mediante comunicación por el Tomador.
11. Las previstas en las Condiciones Generales del contrato de seguro.

8. PROTOCOLO PE PECLABACION PE SINIESTROS

Con independencia de lo establecido en las condiciones Especiales y Generales del contrato, en caso de ocurrencia de un siniestro garantizado por la presente póliza, el Asegurado tiene la obligación de presentar el correspondiente comunicado médico de baja oficial de la Seguridad Social u organismo equivalente, los sucesivos partes de confirmación y el comunicado médico oficial de alta.

Debe figurar en todos los casos: la fecha de baja y de alta, el diagnóstico definitivo, el tipo de contingencia (común o profesional).

El plazo de comunicación de la baja será de 7 días como máximo.

El Asegurado tiene la obligación de remitir al Asegurador cuantos informes médicos sean necesarios para acreditar, de forma fehaciente, las lesiones sufridas y su causa origen.

En caso de no aportar el asegurado dicha información completa, la Cía. no abonará indemnización alguna.

Emitido en Sant Cugat del Vallés a 1 de Enero de 2014.

Seguros Catalana Occidente