



LOTE 2: SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS

1. TOMADOR DEL SEGURO

Fundación Navarra para la gestión de servicios sociales públicos.

2. ENTIDAD ASEGURADORA

La entidad aseguradora que asume los riesgos pactados contractualmente.

La adjudicataria deberá ostentar la condición de entidad aseguradora legalmente autorizada para operar en los ramos de seguro a contratar y, que se encuentre dada de alta en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y que, por tanto, posee la forma jurídica, solvencia y restantes requisitos y condiciones para el ejercicio de la actividad aseguradora que se establecen en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

3. PERSONAS ASEGURADAS

La persona física titular del interés objeto del seguro. Todo el personal de la Fundación Gizain que lo sea en cada momento. Asimismo, se entienden también incluidas en el seguro las personas que, en el futuro, dentro del periodo de duración del contrato de seguro, pasen a estar incluidas de forma nominada y adscritas a la actividad profesional.

En consecuencia, para la consideración a efecto de la póliza, de una persona como miembro del grupo asegurado será prueba suficiente una certificación a tal extremo expedida por la tomadora.

Por Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 2 de octubre, de 2024, por el que se autoriza a modificar a la Fundación Navarra para la Gestión de Servicios Sociales públicos -Gizain Fundazioa- un tasa específica para la contratación indefinida de personal, con el fin de dar cumplimiento al objetivo previsto en la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, la Fundación Gizain cuenta con una plantilla de puesto estables de 234,90 puestos. No obstante, la media de personas trabajadoras en el mes de enero de 2026 asciende a 400 personas.



4. OBJETO DEL CONTRATO

La compañía garantiza el pago a la asegurada o, en su caso, a la persona beneficiaria de las indemnizaciones correspondientes a las garantías.

El objeto de esta póliza es garantizar a las personas aseguradas la indemnización de las sumas aseguradas para cada garantía contratada o en su caso la prestación definida, derivada de accidentes corporales reconocidos como tales por la autoridad laboral competente o, a falta de reconocimiento, debido a una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de las aseguradas.

5. PERSONAS BENEFICIARIAS

Por la especial naturaleza del presente seguro se conviene expresamente que la tomadora renuncia a la facultad de designación de persona beneficiaria para la percepción de las prestaciones de este contrato concediéndola, con toda su eficacia y de forma permanente, a las personas aseguradas del contrato.

Por este mismo hecho, la revocación de la designación de personas beneficiarias efectuada con anterioridad corresponderá a las personas aseguradas.

La condición de persona beneficiaria corresponderá a las personas físicas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura.

- En caso de incapacidad de la persona asegurada será beneficiaria la propia persona asegurada.
- En caso de fallecimiento de la asegurada se estará a lo dispuesto en la última designación de personas beneficiarias realizada por la persona fallecida.
- A falta de designación de persona beneficiaria, quedan designadas por orden de relación preferente y excluyente, las siguientes:
 - Las herederas o herederos testamentarios
 - Cónyuge que no se encuentre legalmente separado o separada de la persona asegurada, o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la normativa correspondiente aplicable a la persona asegurada, cuya relación con la misma se acredite vigente al momento del fallecimiento de aquel o aquellas.



A falta de otra indiciación en normativa específica, la existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamiento del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

- En su defecto, a sus hijos o hijas, naturales o adoptados/as, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo la protección de la persona asegurada en régimen de acogimiento preadoptivo, todos ellos por partes iguales.
- A falta de ellos/ellas a sus progenitores, a partes iguales.
- A falta de todos los anteriormente descritos, a los herederos o herederas legales.

En caso de existir varios posibles beneficiarios o beneficiarias, y salvo que la persona asegurada hubiere efectuado el reparto por anticipado entre ellos, se repartirá de manera proporcional.

6. RIESGO ASEGURADO

Será asegurable toda consecuencia de un accidente o enfermedad profesional de carácter imprevisible y que no sea resultado de una enfermedad anterior, entendida como aquel estado previo susceptible de indemnizar, que de no existir (en el momento de la contratación) será cubierto, pero existiendo, se detrae de la indemnización.

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por enfermedad preexistente o sobrevenida después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo, la compañía solo responde de las consecuencias que el accidente habría tenido, sin la intervención agravante de tal enfermedad.

7. COBERTURAS Y CAPITAL ASEGURADOS

Este seguro garantiza un capital de fallecimiento e incapacidad permanente total, así como incapacidad parcial según baremo por accidente laboral incluyendo in itinere de acuerdo con los siguientes capitales:



GARANTÍAS ASEGURADAS	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento por accidente	37.200€
Fallecimiento por enfermedad profesional	37.200€
Incapacidad permanente por accidente (modalidad 100%)	66.800€
Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por enfermedad profesional	66.800€

La suma asegurada de todas las coberturas que se recogen a continuación, y que se incluyen en la futura póliza tras la licitación será: hasta el límite indicado en la tabla anterior.

Se deben garantizar todas aquellas coberturas de la asegurada citando a modo de ejemplo y entre ellas, no siendo en ningún caso limitativo, las siguientes:

Fallecimiento

- Fallecimiento por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce la muerte de la Asegurada y ésta ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará el capital asegurado al beneficiario/a o beneficiarios/as, designados por la Tomadora del Seguro. En caso de que no exista designación de beneficiarios/as, la Compañía considerará como tales a las personas herederas de la víctima en el momento del accidente.

Los o las beneficiarias una vez producidas el fallecimiento por accidente de la Asegurada podrán disponer de inmediato de un anticipo de 2.000,00 euros a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos derivados del fallecimiento.

- Fallecimiento por infarto de miocardio en el desempeño laboral

Serán considerados como accidentes cubiertos por la póliza las insuficiencias coronarias (infartos de miocardio, angina de pecho inestable y arritmias producidas por insuficiencias coronarias), cuando sean las únicas e inmediata causa de muerte, y siempre que la Asegurada desconozca la existencia de tales afecciones y se produzcan en el



desempeño de sus actividades profesionales. En consecuencia, queda excluida la muerte por dichas afecciones que ocurran en su vida privada.

- Fallecimiento por accidente de circulación

Si a consecuencia de un accidente de circulación (como peatón, conductor, pasajero u ocupante, de un vehículo terrestre con o sin motor) cubierto por la póliza se produce el fallecimiento de la asegurada, la compañía indemnizará el capital suplementario establecido.

- Muerte natural (gastos de sepelio)

Si se produce el fallecimiento de la asegurada por muerte natural durante la vigencia de la póliza, la compañía indemnizará la suma especificada destinada a atender los gastos de sepelio y traslado del cadáver.

- Fallecimiento por enfermedad profesional

El fallecimiento de la asegurada a causa de enfermedad contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena.

Incapacidad permanente

- Incapacidad permanente por accidente:

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una incapacidad permanente total o parcial, y la misma ocurre dentro de cinco años a contar del día que aconteció el accidente, la Compañía pagará a la persona asegurada después de quedar determinada la incapacidad, previa presentación de certificado médico con indicación del tipo de incapacidad y comprobada por la Compañía si lo considera oportuno.

En el supuesto de incapacidad permanente parcial, el grado de incapacidad se determinará basándose en el baremo siguiente:

En función del tipo de lesión, se estimará en los siguiente porcentajes orbe la suma asegurada, independientemente del porcentaje de discapacidad que se le reconozca administrativamente:



Perdida completa de la visión de un ojo	30%	
Sordera completa de ambos oídos	60%	
Sordera completa de un oído	15%	
Pérdida total de la fonación	30%	
Pérdida o inutilización absoluta	Derecho	Izquierdo
Del brazo o la mano	60%	50%
De a mano o del antebrazo	60%	50%
Del dedo pulgar	22%	18%
Del dedo índice	15%	12%
De uno de los demás dedos de la mano	7%	
De una pierna por encima de la rodilla	50%	
De una pierna a la altura o por debajo de la rodilla	40%	
De l dedo gordo del pie	10%	
De cualquier otro dedo del pie	3%	
Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100%	
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100%	
Parálisis completa	100%	
Ceguera absoluta	100%	

En el caso de pérdida anatómica o funcional demás de un órgano o extremidad en un mismo accidente, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión, hasta el límite máximo del 100%.

El baremo se establecerá dependiendo de si la asegurada es zurda o diestra.



- Incapacidad permanente total para la profesión habitual por accidente

Aquella que inhabilita a la asegurada para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pero que le permite dedicarse a otra profesión distinta. Por lo que respecta a la determinación de si la incapacidad es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

- Incapacidad permanente total para la profesión habitual por enfermedad profesional

Aquella que inhabilita a la asegurada para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pero que le permite dedicarse a otra profesión distinta. Por lo que respecta a la determinación de si la incapacidad por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente en resolución o sentencia firme.

- Incapacidad permanente por enfermedad profesional.

La incapacidad permanente de la asegurada producida por enfermedad contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena.

- Incapacidad permanente por accidente de circulación.

Si a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza la asegurada sufre una incapacidad permanente, la compañía indemnizará el capital suplementario.

- Incapacidad permanente por infarto de miocardio en el desempeño laboral

Serán considerados como accidentes cubiertos por la póliza las insuficiencias coronarias (infartos de miocardio, angina de pecho inestable y arritmias producidas por insuficiencias coronarias), cuando sean la única e inmediata causa de incapacidad permanente, y siempre que la asegurada desconozca la existencia de tales afecciones y se produzcan en el desempeño de sus actividades profesionales.



- Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por accidente

Aquella que inhabilita por completo a la asegurada para toda profesión u oficio. Por lo que respecta a la determinación de si la incapacidad es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, ese está a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

- Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo por enfermedad profesional.

Aquella que inhabilita a la asegurada para la realización de toda profesión u oficio. Por lo que respecta a la determinación de si la incapacidad por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamina la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

- Gran invalidez por accidente

Aquella que, debido a las pérdidas anatómicas o funcionales irreversibles del asegurado, hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales, como, por ejemplo: comer, desplazarse, vestirse y análogas. Por lo que respecta a la determinación de si la invalidez es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

- Gran invalidez por enfermedad profesional

Aquella que, debido a las pérdidas anatómicas o fundacionales irreversibles de la asegurada, hagan necesaria la asistencia permanente de otra persona para realizar las funciones vitales, como, por ejemplo: comer, desplazarse, vestirse y análogas. Por lo que respecta a la determinación de la invalidez por enfermedad profesional es o no indemnizable, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

- Lesiones permanentes no invalidantes

Cuando la persona trabajadora sufra una lesión, mutilación y/o deformidad de carácter definido, causado por accidente de trabajo o enfermedad profesional, que, sin llegar a constituir incapacidad permanente, suponga una disminución de la integridad física en su



persona, se pagará una indemnización a tanto alzado en la fecha del accidente o de la declaración de enfermedad.

Por lo que respecta a la determinación de si las lesiones permanentes invalidantes son o no indemnizables, en caso de falta de acuerdo entre las partes, se estará a lo que dictamine la autoridad laboral competente, en resolución o sentencia firme.

Gastos por repatriación

Todos los gastos que origine la repatriación o transporte de la persona asegurada fallecida, así como el tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado) conforme a requisitos legales, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España.

Incapacidad temporal por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado periodo, dedicarse total o parcialmente a sus ocupaciones, la compañía satisfará a la beneficiaria la indemnización diaria pactada.

Incapacidad temporal por enfermedad

Si como consecuencia de enfermedad cubierta por la póliza se produce una incapacidad temporal, entendiéndose como tal aquella que impida a la persona asegurada durante un determinado periodo de tiempo, dedicarse totalmente a sus ocupaciones, la compañía satisfará al beneficiario la indemnización pactada.

Gastos asistencia sanitaria por accidente

Si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, precisase la asegurada de asistencia sanitaria, la compañía se hará cargo, durante el plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente, de todos los gastos que se produzcan hasta el total restablecimiento de la asegurada, y siempre que la asistencia sea prestada por medio de facultativos o centros sanitarios nombrados por la compañía.

En ambos casos quedarán igualmente incluidos los gastos de hospitalización, si lo exigiere la índole de las lesiones.



- Libre elección de médico y centro hospitalario
- Gastos de hospitalización y estancia en centro
- Traslado urgente de la persona lesionada al centro hospitalario más próximo
- Desplazamiento durante procesos de curación, cuando deban ser asistidos en otras poblaciones
- Cobertura de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva u óptica.
- Búsqueda y salvamento de la persona asegurada.
- Adquisición de sillas de ruedas
- Gastos de asistencia sanitaria, hospitalaria y estancia como consecuencia de infarto de miocardio
- Operaciones de cirugía estética facial reparadora.

Dieta complementaria por hospitalización por accidente

La compañía indemnizará en caso de hospitalización o internamiento de la persona asegurada en un centro hospitalario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, una dieta diaria para atender los gastos suplementarios que se le originen al mismo.

Asistencia en viaje (solo para accidentes colectivos nominados).

8. VINCULACIÓN A LOS ÓRGANOS COMPETENTES

Será vinculante para la determinación del grado de incapacidad y su causa (accidente o enfermedad) la calificación de los órganos competentes. En caso de recurso administrativo o judicial se estará a expensas de la firmeza de la sentencia respecto a la calificación de la incapacidad.

Las indemnizaciones por incapacidad reconocidas con revisión por previsible mejoría quedarán en suspenso hasta la confirmación de la Incapacidad si bien la aseguradora mantendrá el correspondiente expediente abierto desde el principio hasta la resolución definitiva.

En caso de incorporarse al contrato personas aseguradas para los que no se determinase por la Seguridad Social u otro organismo competente el grado de incapacidad, serán requeridos los facultativos de la Aseguradora, la cual vendrá obligada a efectuar la



valoración de cualquier secuela, actuando como árbitro, en caso de discrepancia entre Aseguradora y Asegurada, un facultativo independiente designado por el Colegio Médico de la provincia correspondiente y/o un facultativo determinado de común acuerdo entre las partes, cuyo coste será asumido por ambas partes a igualdad.

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

9. EXCLUSIONES

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

Cuando el hecho causante sea catalogado como accidente laboral por los organismos oficiales o jurisdiccionales competentes en sus correspondientes resoluciones o sentencias firmes, no existe exclusión alguna de cobertura.

Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de seguros según normativa propia.

En el caso de que no se califique el hecho causante de accidente laboral o enfermedad profesional, los riesgos excluidos para todas las garantías del contrato son las siguientes: los siniestros provocados intencionadamente por la persona asegurada, el suicidio o cualquier lesión auto infligida.

10. DELIMITACIÓN TEMPORAL

Quedarán garantizadas las indemnizaciones y defensa por daños que se produzcan durante la vigencia de la póliza aun cuando los mismos sean reclamados con posterioridad (24 meses).

11. PRIMA

Será la prima que determinen las empresas licitadoras por cada persona asegurada.



12. ÁMBITO GEOGRÁFICO

La póliza deberá garantizar las responsabilidades de la asegurada derivadas de daños sobrevenidos en territorios de la Unión Europea y reclamadas ante, o reconocidas por tribunales españoles.

13. CLÁUSULA DE ERROR ADMINISTRATIVO

Esta cláusula permitirá solventar los errores de comunicación que puedan producirse en la gestión, errores en la comunicación del número de asegurados, etc.

1. En el supuesto de siniestro/accidente indemnizable de acuerdo con convenio aplicable, y suponiendo que por un error administrativo no se encuentra actualizado, se indemnizará a la asegurada con el capital correcto (capital que indique el convenio) a la fecha del accidente. Sin perjuicio de que la compañía de seguros regularice la situación de acuerdo con los capitales y garantías que debieran haber sido recogidos en póliza a la fecha de entrada en vigor.
2. En el supuesto de que una persona cuyo alta no hubiese sido notificada sufriera un siniestro, la tomadora vendría obligada a probar mediante la aportación de la RNT o documento análogo, la pertenencia de dicho asegurado a su plantilla de personas empleadas, sirviendo esta prueba como justificante de alta en la póliza y, por tanto, en cobertura desde la fecha efecto en la que hubiera estado al servicio de la tomadora.