



Accidentes colectivo deportes

Contrato formalizado entre la compañía
Seguros Catalana Occidente y
FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT



Seguros Catalana Occidente, compañía del **Grupo Catalana Occidente**, le agradece su confianza y le facilita su contrato con las coberturas y prestaciones acordadas.

En el caso de que tenga alguna duda en cuanto a las condiciones o garantías del contrato, o desee más información, puede ponerse en contacto con su mediador -cuyos datos figuran en este documento-, quien le asesorará en todo lo que necesite.

Por último, le recordamos que también tiene a su disposición nuestro teléfono de contacto donde le atenderemos en todo lo que pueda necesitar, así como el área e-cliente, a la que puede acceder a través de nuestra página web, y desde donde podrá realizar cualquier tipo de consulta.



932 220 212



www.seguroscatalanaoccidente.com



e-cliente

Accidentes colectivo deportes

Contrato formalizado entre la compañía
Seguros Catalana Occidente y **FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT**

Índice

Condiciones particulares	2
Condiciones especiales	6
Condiciones generales	20

Datos compañía

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal NIF: A-28119220 - inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 91458



Condiciones particulares

Accidentes colectivo deportes

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y
Reaseguros, Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid

Tomador del seguro

FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT
Lgar./ Estivelle, 7, Donsión
36519 Donsion - Lalín
Pontevedra
NIF G10682110

Oficina emisora

Sucursal Oficinas Galicia

Agente exclusivo - FNOY0

Jose Valerio Argiz Tavira
AV. MONTE FARO,13,- BAIXO
36500 LALIN
PONTEVEDRA
Teléfono : 986784948

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 00:00 horas del día 15 de febrero de 2023
Se establece por una duración de un año prorrogable
Forma de pago: anual.
Fecha de vencimiento: 15 de febrero de 2024

Domicilio de cobro

CAIXA RURAL GALEGA
Número de cuenta (IBAN) ES59 3070 0036 7663 4636 3424

Desglose del recibo de prima

Núm. del recibo	422434973-N
Periodo	de 15.02.2023 a 15.02.2024
Prima neta	703,65€
Consortio	2,79€
Impuestos sobre primas	10,38€
Prima total	716,82€

Prima total póliza: 716,82 euros

Información general

Tomador del seguro

- Nombre del tomador:	FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT
- CIF:	G10682110

Identificación del riesgo

- Modalidad:	Deportes
- N.º de grupos de riesgo:	1
- N.º total de asegurados:	48

Descripción del riesgo Grupo 1

- Familia:	Socios de club y entidades deportivas
- Subfamilia:	Asociaciones, Club o Sociedades
- Actividad:	Todos los socios menores de 70 años, inscritos en la Asociación Federación Gallega de Airsoft.
- N° de asegurados:	48
- Ambito de cobertura:	Accidentes durante la actividad declarada
- Tipo de colectivo:	Innominado

Coste del seguro

- Forma de pago:	Anual
- Prima neta:	703,65 euros
- Prima total (*):	716,82 euros

(*) Incluidos impuestos y tasas legalmente repercutibles.

Cuadro resumen de coberturas

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte	
- Muerte por accidente (1)	6.000€
- Gastos de sepelio por accidente - anticipo de capital	600€
- Gastos de sepelio por accidente menores de 14 años	6.000€
- Anticipo pago del impuesto sobre sucesiones	1.500€
Invalidez	
- Invalidez Pte. por accidente. Baremo 100% (1)	12.000€
Asistencia sanitaria	
- Gastos de Asistencia Sanitaria en centros concertados por el Asegurador	Ilimitada
- Gastos de Asistencia Sanitaria en centros ajenos	1.800€
- Gastos de Primera Prótesis	900€
- Gastos Transporte Sanitario	750€

(1) Cobertura principal.



Condiciones especiales

Definiciones

Entidad aseguradora

La que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato "el asegurador".

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario.

Asegurado

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Beneficiario

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Póliza

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales, las particulares, las especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Condiciones generales

Regulan los principios básicos del seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones particulares

Recogen los datos propios e individuales de cada contrato.

Condiciones especiales

Recogen las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las condiciones generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o apéndices

Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el tomador del seguro, mediante apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

Suma asegurada

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Siniestro

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de lesiones o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por muerte, invalidez permanente, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del asegurado.**

Enfermedad

Toda alteración de salud no derivada de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente calificado como tal y haga precisa la asistencia facultativa.

Invalidez permanente

Pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos, sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.

Plazo de carencia

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza. Asimismo, si la inclusión de la cobertura fuera en fecha posterior a la del efecto de la póliza, el citado periodo de carencia se iniciará a partir del momento de entrada en vigor de la cobertura.

Accidente

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

Tendrán la consideración de accidente:

a) Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un hecho accidental, siempre que no sean provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de actos físicos preexistentes o degenerativos.

b) La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**

c) Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

No tendrá la consideración de accidente:

- 1. Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza.**
- 2. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.**
- 3. La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.**
- 4. Los hechos provocados intencionadamente por el asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.**
- 5. Los hechos derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.**

Alcance de la cobertura

Accidente durante la actividad declarada

El objeto del seguro es asegurar únicamente los accidentes que puedan sufrir los socios de asociaciones, clubs o sociedades deportivas en la práctica de las actividades deportivas detalladas en las condiciones particulares de la póliza. **No tendrán la condición de asegurados en la presente póliza los deportistas federados y profesionales.**

Declaraciones del tomador

La prima de la presente póliza se ha calculado sobre las declaraciones realizadas por el tomador detalladas en las condiciones particulares. **Cualquier inexactitud en la misma, se estará a lo dispuesto en la ley del Contrato de Seguro.**

Siniestros

Ante cualquier accidente, será de carácter obligatorio comunicarlo al asegurador.

Si por causa de fuerza mayor, como urgencia vital, la asistencia sanitaria se produjera en un centro médico no autorizado, se le autoriza al asegurador a evacuar al accidentado, en cuanto las condiciones de éste lo permitan, a un centro concertado o reconocido.

Si no se produjeran las situaciones anteriormente descritas y el accidentado fuera trasladado a centros distintos del indicado por el asegurador, **éste solo se obliga a reembolsar los gastos que dicho accidente**

le hubiera supuesto en un centro concertado o reconocido.

Muerte por accidente

Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del asegurado.

Gastos de sepelio por accidente. Anticipo de capital

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador anticipará hasta el capital máximo asegurado en las condiciones particulares para afrontar los gastos de sepelio, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se produce el fallecimiento del asegurado.

Definición de gastos de sepelio

Se entiende como gastos de sepelio:

- Traslado del fallecido en cualquier medio de transporte desde el lugar del fallecimiento hasta el de inhumación.
- Gastos de enterramiento o incineración, gastos de sepultura, ataúd.
- Derechos civiles o eclesiásticos.
- Esquela.
- Cualquier otro relativo al sepelio.
- Gastos de gestoría por trámites de certificados relacionados con el fallecimiento del asegurado, liquidación de impuestos o cobro de pensiones.

Anticipo de capital

La indemnización por esta cobertura se considera a cuenta de la indemnización principal de la cobertura básica de Muerte por accidente.

Los gastos de sepelio serán adelantados previa justificación del acaecimiento del accidente. De resultar finalmente indebido este pago, por determinar posteriormente la no cobertura del siniestro los perceptores de dicho anticipo se obligan a restituir su importe al asegurador.

Documentación a presentar

Adicionalmente a la ya solicitada en el apartado "Siniestros/Documentación a aportar en caso de siniestro" de las condiciones generales, se debe presentar facturas originales correspondientes a los gastos de sepelio.

Gastos de sepelio para menores de 14 años

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago de los gastos de sepelio, hasta el capital máximo asegurado en las Condiciones Particulares, **si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza**, se produce el fallecimiento del asegurado menor de 14 años.

Definición de gastos de sepelio

Se entiende como gastos de sepelio:

- Traslado del fallecido en cualquier medio de transporte desde el lugar del fallecimiento hasta el de inhumación.
- Gastos de enterramiento o incineración, gastos de sepultura, ataúd.
- Derechos civiles o eclesiásticos.
- Esquela.
- Cualquier otro relativo al sepelio.
- Gastos de gestoría por trámites de certificados relacionados con el fallecimiento del asegurado.

Documentación a presentar

Adicionalmente a la ya solicitada en el apartado "Siniestros/Documentación a aportar en caso de siniestro" de las condiciones generales, se debe presentar facturas originales correspondientes a los gastos de sepelio.

Invalidez permanente por accidente. Incluidas parciales

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago del capital establecido en las condiciones particulares, si el asegurado sufre una invalidez permanente por accidente, tal y como se define en el apartado "Definiciones" del presente contrato.

Para determinar la indemnización a percibir por el asegurado, se aplicarán los porcentajes sobre el capital garantizado señalados en el baremo de indemnizaciones indicado a continuación:

Baremo de indemnizaciones

Pérdidas conjuntas (funcional o amputación)	
Pérdida total de un brazo y un pie	100%
Pérdida total de un brazo y una pierna	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y una pierna	100%
Pérdida de las 2 manos	100%
Pérdida de los 2 antebrazos	100%
Pérdida total de las dos extremidades superiores	100%
Amputación a nivel de codo	47%
Pérdida de los 2 pies	100%
Pérdida de las 2 piernas por debajo de la rodilla	100%
Pérdida total de las dos extremidades inferiores	100%

Cabeza	
Cráneo:	
Estado vegetativo persistente o muerte cerebral	100%
Alteración del habla sin posibilidad de comunicación	50%
Amnesia anterógrada de fijación	30%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal simple	5%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal compleja	15%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizado tónico clónica bien controlada médicamente	20%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizado tónico clónica mal controlada médicamente	40%
Síndromes psiquiátricos:	
Trastorno orgánico de la personalidad	40%
Enajenación mental incurable y absoluta	100%
Cara:	
Pérdida maxilar superior	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida de la nariz	30%
Pérdida del olfato	10%
Amputación de la lengua	30%
Pérdida del gusto	10%
Pérdida de los 2 ojos o ceguera absoluta	100%
Pérdida total de un ojo	30%

Pérdida total de la visión de un ojo	25%
Pérdida del pabellón auditivo unilateral	10%
Sordera completa de los 2 oídos	60%
Sordera completa de un solo oído	20%

Tronco, abdomen y pelvis	
Sistema respiratorio:	
Insuficiencia respiratoria severa derivada de lesiones postraumáticas, con disnea de reposo y afectación severa de las pruebas de función pulmonar	60%
Pérdida de un pulmón: Se valorará según repercusión funcional	
Pérdida de un lóbulo pulmonar: Se valorará según repercusión funcional	
Bazo:	
Esplenectomía (extirpación total con repercusión hematoinmunológica)	10%
Esplenectomía (extirpación total sin repercusión hematoinmunológica)	5%
Riñón:	
Extirpación de un riñón (nefrectomía unilateral)	25%
Extirpación de los dos riñones (nefrectomía bilateral)	70%
Aparato genital femenino:	
Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	35%
Pérdida del útero	30%
Pérdida de los dos ovarios	30%
Pérdida de un ovario	15%
Aparato genital masculino:	
Pérdida del pene	35%
Pérdida de los dos testículos	30%
Pérdida de un testículo	15%
Laringe y tráquea:	
Estenosis cicatriciales sin posibilidad de prótesis, que provoquen disnea	20%
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	25%
Traqueotomizado con cánula permanente (irreversible)	40%
Mamas:	
Mastectomía unilateral	15%
Mastectomía bilateral	30%
Vejiga:	
Incontinencia urinaria total con pérdida completa del control urinario (inoperable)	20%

Aparato digestivo	
Gastrectomía total	30%
Yeyuno-ilectomía total	60%
Colectomía total	60%
Colostomía, ileostomía (inoperable)	20%
Incontinencia fecal total con pérdida completa del control fecal (inoperable)	20%

Columna vertebral	
Columna cervical	
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	10%
Anquilosis de la columna vertebral completa	43%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento cervical	32%
Luxación irreductible acromio clavicular	10%
Columna dorso lumbar y pelvis	
Limitación de movilidad dorso lumbar consecutiva de fracturas vertebrales mayor o igual que el 50%	16%
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	30%
Disyunción púbica y sacroilíaca	10%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento dorsal	6%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento lumbar	10%

Extremidades superiores	
Pérdida total del brazo	70%
Pérdida total de la mano	60%
Pérdida total del antebrazo	65%
Fractura no consolidada del húmero	25%
Fractura no consolidada del antebrazo	25%
Pérdida total de los movimientos del hombro	30%
Pérdida total de los movimientos del codo	24%
Anquilosis completa del pulgar	10%
Pérdida total de los movimientos de la muñeca	20%
Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20%
Pérdida total del pulgar y del índice	35%

Pérdida Total del dedo índice o del corazón	15%
Pérdida total del dedo medio o anular	8%
Pérdida total del meñique	10%
Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25%
Pérdida de los cinco dedos de la mano	44%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos comprendiendo el índice	50%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos sin comprender el índice	45%
Pérdida total de una falange del pulgar	8%
Pérdida total de una falange del índice	4%
Pérdida total de dos falanges del índice	10%
Pérdida total de una falange de otro dedo de la mano	3%

Extremidades inferiores	
Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma	60%
Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o impotencia funcional de la misma	50%
Acortamiento de pierna de 2 a 3 cm	4%
Acortamiento de pierna de más de 3 cm a 6 cm	15%
Acortamiento de pierna de más de 6 cm a 8 cm	22%
Pérdida total de un pie	45%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Fractura calcáneo con alteración del ángulo de Böehler	10%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%
Extirpación total de rótula	9%
Fractura no consolidada de una rótula	20%
Pérdida total de los movimientos de la cadera	25%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla	20%
Pérdida total de los movimientos de la articulación del tobillo	15%
Anquilosis subastragalina	10%
Pérdida total del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de otro dedo del pie	3%

Déficits sensitivo motores de origen medular y central	
Hemiplejia completa	100%
Hemiparesia leve	20%
Hemiparesia moderada	55%

Hemiparesia grave	75%
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades	100%
Tetraparesia leve	50%
Tetraparesia moderada	75%
Tetraparesia grave	90%
Paraplejía	100%
Paraparesia leve	25%
Paraparesia moderada	60%
Paraparesia grave	80%
Pentaplejía	100%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) leve	30%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) moderado	50%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) grave	75%
Síndrome de la cola de caballo Completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	55%
Síndrome de la cola de caballo Incompleto (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	30%

El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir, que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo establecido en las condiciones generales "Siniestros/Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

Asistencia sanitaria. Prestación en centros concertados con el asegurador y ajenos

Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado precise de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Regulación de la cobertura

1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza.

2. Periodo de indemnización. La fecha de inicio del período de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente, y la fecha límite de la cobertura finaliza a los dos años naturales (ininterrumpidos) a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

3. Coexistencia de seguros. Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el asegurado. Por ello, cuando el asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de las coberturas contratadas por el asegurado.

En cualquier caso, los gastos de asistencia sanitaria amparados por esta cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

Límites de indemnización

Límite de la asistencia sanitaria dependiendo del centro donde se preste:

- **Centros concertados:** Al contratarse esta cobertura, el asegurador asume el total de las prestaciones sanitarias, **siempre y cuando éstas sean efectuadas por profesionales o centros médicos situados en España y designados o aceptados expresamente por el asegurador.**
- **Centros ajenos:** Si el asegurado acude a centros o profesionales de libre elección no designados o aceptados por el asegurador, el límite asegurado es el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este límite es válido tanto para los centros situados en España como fuera.

En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra, los gastos médicos generados quedan garantizados íntegramente hasta los primeros 6.000 euros, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente cubierto. Caso que superen ese importe, el asegurador se hará cargo del cincuenta por ciento de los gastos justificados, en exceso de los 6.000 euros iniciales y hasta el límite de 20.000 euros.

No obstante, lo expresado en el párrafo anterior, caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, a través de profesionales o centros designados o aceptados por el asegurador, éste se hará cargo de los gastos sanitarios una vez ya deducida la cuantía indemnizada por la asistencia sanitaria en el extranjero.

Urgencias:

- **Asistencia sanitaria urgente:** Si los gastos se derivan de una asistencia sanitaria urgente o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario de urgencia), dichos gastos serán íntegramente abonados por el asegurador, con independencia del médico o centro que los presten o lugar de ocurrencia del accidente, y sin aplicación de franquicia, si ésta se hubiese pactado.

La cobertura de asistencia sanitaria incluye, asimismo:

1. El reembolso de los gastos de la primera prótesis que se le practique al asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones, hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza.**

2. El reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, **siempre que esté autorizado previamente por el asegurador, hasta un máximo de 300 euros por siniestro.**

3. Los gastos de transporte del asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del asegurador, quedarán incluidos **hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este límite se considerará máximo por siniestro.**

Definiciones

Traslado sanitario de urgencia: El transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

Transporte para tratamiento ambulatorio: A los efectos de esta cobertura se entiende el que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

Prótesis: Se entiende toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

Exclusiones

Quedan excluidos los gastos de:

1. Búsqueda, localización y salvamento del asegurado.

2. Hospitalización a consecuencia de practicar una cirugía plástica reparadora o estética.

- **Se entiende por cirugía plástica reparadora** la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivada de un accidente y tendente a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.
- **Se entiende por cirugía estética** la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

3. Adquisición de prótesis dentales, o la sustitución o implantación de piezas dentales.

4. Adquisición, reparación o sustitución de gafas, lentillas y otros aparatos correctores de la visión o audición, aún a consecuencia de accidente.

5. Elementos ortoprotésicos (ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.

6. Daños en prótesis preexistentes.

7. Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del asegurado, dañados por el accidente.

8. No sanitarios, derivados de la estancia en hospitales o centros asistenciales.

9. Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al asegurador.

Documentación a presentar en caso de siniestro

En caso de siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberán presentar al asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- Informes de la asistencia sanitaria efectuada al asegurado.
- Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos, que hubiesen sido abonados por el tomador o asegurado.



Condiciones generales

Generalidades

Exclusiones generales de la póliza

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza de seguro, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

1. Los asegurados que en la fecha de alta en la presente póliza sean mayores de 69 años.
2. Las consecuencias derivadas de accidentes, por hechos acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o anterior a la fecha de alta del asegurado en la póliza, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.
3. Los daños y pérdidas que sean indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a lo establecido en la "cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros" del condicionado general, así como, por catástrofe y/o calamidad nacional, es decir, toda garantía cubierta por el Estado por estos conceptos.
4. Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que, teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el reglamento y disposiciones complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho organismo.
5. Reclamaciones, daños y responsabilidades que, directa o indirectamente, tengan su origen o sean consecuencia de un acto terrorista o de actos preparatorios o conexos con dicho acto.

Se entiende por terrorismo, toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido o causar terror o inseguridad en el medio social en el que se produce, según los términos previstos por el reglamento de riesgos extraordinarios sobre las personas y los bienes (R.D. 022/1986, de 25 de agosto).
6. Energía nuclear. Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
7. Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos o alborotos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase, actuaciones de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad del Estado.
8. Cualquier fenómeno de carácter extraordinario y/o hechos calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe nacional" o "estado de alarma".
9. No serán objeto del presente contrato los siniestros originados por cualquier tipo de arma y, en particular, las denominadas químicas, biológicas, bioquímicas o electromagnéticas.
10. Daños sufridos por el asegurado, derivados de acciones antijurídicas dolosas o delictivas, en las que participe como autor o acompañante de los causantes de dichas acciones.

11. Las enfermedades de cualquier naturaleza.

12. El asegurador no será responsable de pagar, mientras dure la exposición a la sanción, cualquier siniestro o de proporcionar cualquier beneficio en tanto que tal siniestro o beneficio implique una exposición del asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América (siempre que esto no se oponga a lo establecido por los reglamentos, decisiones y demás normativas vigentes de la Unión Europea). Una vez cese la exposición a la sanción el asegurador se hará cargo de los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

13. Embriaguez, drogas. Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente, salvo que pueda probarse por parte del asegurado o beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará por estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, la presencia de un grado de alcoholemia en el momento del accidente que exceda del permitido legalmente, y el asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.

14. Agravación de las consecuencias del accidente. La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

15. Navegación aérea. La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea distinto a los aviones de líneas regulares o vuelos "chárter".

16. Las lesiones o afecciones siguientes: neuropatías, algias, cualquier proceso de dolor sin sintomatología clínica comprobable, así como las curas de reposo o los exámenes de estado de salud.

17. Los defectos o incapacidades ya existentes al contratar el seguro, salvo pacto expreso en contrario.

18. Enfermedades contagiosas en el contexto de Pandemia / Epidemia: se excluyen de este contrato todos los daños y perjuicios, responsabilidades, reclamaciones, costes o gastos de cualquier naturaleza que, de forma directa o indirecta, hayan sido causados por una enfermedad contagiosa o resulten o se deriven de una enfermedad contagiosa o en relación con ella o del temor o amenaza (real o percibido) de una enfermedad contagiosa. Se entiende por enfermedad contagiosa toda enfermedad que puede transmitirse de un organismo a otro por medio de cualquier sustancia o agente cuando:

a) la sustancia o agente sea, sin carácter limitativo, un virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación del mismo, tanto si se le considera vivo como si no, y

b) el método de transmisión, directo o indirecto, incluya, sin carácter limitativo, la transmisión por vía aérea, la transmisión por fluidos corporales, la transmisión por o a cualquier superficie u objeto ya sea sólido, líquido o gaseoso, o entre organismos, y

c) la enfermedad, sustancia o agente pueda ser causa o amenaza de daños a la salud o al bienestar de las personas o pueda ser causa o amenaza de daños, deterioro o pérdida de valor, comerciabilidad o uso de bienes y

d) la enfermedad se enmarque en el contexto de una Epidemia o Pandemia, declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o cualquier autoridad gubernamental o sanitaria del lugar donde se haya producido el siniestro.

Forma de contratación

En las condiciones particulares figurará la forma de incluir los asegurados en la póliza, pudiendo ser, dependiendo de la naturaleza del seguro y del colectivo a contratar, de forma innominada o nominada.

Regularización de la prima de seguro

El cálculo de la prima de la presente póliza se ha realizado sobre la base de la información facilitada por el tomador del seguro al inicio de la emisión. Esta información es una estimación del número total de asegurados.

La prima percibida por el asegurador al inicio de la emisión del seguro se ha calculado en base al número real de asegurados que figuren en los correspondientes registros.

A tal efecto, el tomador se obliga a remitir documento firmado al asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará mes a mes el número real de asegurados registrados.

En base a esta información, el asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo de seguro transcurrido, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Se establece una prima neta mínima e inextornable que corresponderá con el 75% de la prima neta anual de la póliza.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, con el límite fijado en el párrafo anterior.

Contratación innominada según libro o registros oficiales

Quedarán automáticamente incluidos en las coberturas de la póliza, la totalidad de los socios de clubs o entidades deportivas que se encuentren dados de alta e inscritos en libros o registros oficiales donde se relacione nominativamente cada integrante del colectivo, detallando la fecha de alta o baja de su incorporación al mismo.

Comprobación de los registros de inscripción del tomador

El tomador se compromete a permitir que los representantes del asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los registros del tomador, así como a facilitar al asegurador cuanta información precise para la comprobación y control de los riesgos asegurados por esta póliza.

Designación de beneficiarios

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación señalada, sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que el tomador haya renunciado por escrito a tal facultad. No obstante, si el tomador no hubiera efectuado en el contrato designación expresa de beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

a) Para las contingencias sobre la vida:

El asegurado será el propio beneficiario, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

b) Para el caso de fallecimiento:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado, o pareja de hecho legalmente constituida mediante inscripción en un registro o documento público, o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.

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 ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

2. Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.

3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.

4. Hermanos del asegurado por partes iguales

5. Herederos legales

En los seguros para caso de fallecimiento, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

Ámbito temporal de la cobertura

Las coberturas se garantizan si el hecho causante ha ocurrido durante la vigencia de la póliza. **El ámbito temporal de la cobertura será durante la actividad declarada.**

Bases del contrato

Duración de la póliza y plazo de preaviso de anulación

La duración es anual, siendo la fecha de inicio la que figura al principio del presente contrato, prorrogándose automáticamente a su vencimiento por iguales periodos. **No obstante, tanto el tomador como el asegurador pueden manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de un mes al vencimiento de la póliza en el caso del tomador y de dos meses en el de la aseguradora.** Asimismo, podrá pactarse una duración inferior a la anual, en cuyo caso, no será aplicable la prórroga tácita.

En el supuesto de que, por cualquier causa, se produjese la finalización del contrato de seguro antes del plazo de vencimiento pactado o del de cualquiera de sus prórrogas, al amparo del principio de "indivisibilidad de la prima"; el asegurador tendrá derecho a hacer suya la totalidad de la prima correspondiente al periodo de vigencia durante el cual acontezca la finalización del contrato de seguro, viniendo el tomador obligado a satisfacer al asegurador en ese momento la totalidad de la prima de seguro pendiente en caso de haberse contratado el pago aplazado de la misma.

Declaraciones del tomador del seguro, plazo para subsanar errores de la emisión de la póliza

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Modificaciones del riesgo

El tomador del seguro o el asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El tomador del seguro o el asegurado podrán durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Cambio de la actividad o profesión asegurada

En el supuesto que varíe la actividad del riesgo o profesión asegurada durante la vigencia del contrato, el tomador se obliga a comunicar dicha circunstancia al asegurador para modificar, si corresponde, las condiciones contractuales.

Caso de producirse el evento amparado por la póliza y no coincidir la profesión o actividad declarada en las condiciones particulares con la real del asegurado, o del grupo asegurado, **el asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera actividad profesional. Si ésta estuviera excluida de las normas de contratación de la**

entidad aseguradora, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del tomador o asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en la póliza, el asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

Nulidad y pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de seguro, si medió dolo o culpa grave.**
- b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
- d) Si el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, no facilitan al asegurador la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**
- e) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del tomador del seguro o del asegurado.**

Perfección y efecto del contrato

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

b) La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico actuariales, tenga vigentes en cada momento el asegurador. Para su determinación también se considerarán, además del factor de edad cumplida del asegurado, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido anteriormente en "Modificaciones del riesgo" del presente apartado "Bases del contrato". Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

d) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

Consecuencias del impago de primas

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Domicilio de pago de la prima por defecto

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato.

Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Siniestros

Declaración de siniestro y plazo de comunicación

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Colaboración del tomador en caso de siniestro

El tomador del seguro o el asegurado deberá dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

Aminoración de las consecuencias del siniestro

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente, o en su caso de la enfermedad, con el fin de conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños

derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Intereses de demora

Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, aunque se consideren válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

1. Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

2. Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

3. Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

4. La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5. En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

6. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7. Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8. No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9. Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en retraso injustificado del pago únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por retraso injustificado del pago en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10. En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Subrogación

Para la cobertura de Asistencia sanitaria, de haberse contratado ésta, el asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia de asegurador y asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Siniestros: pago de la indemnización

El asegurador está obligado a satisfacer el capital asegurado al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

En todo caso, el asegurador se compromete a pagar la indemnización mínima en un período máximo de 40 días desde que tenga conocimiento del siniestro. En caso de incumplimiento de este plazo o si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiese pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará de conformidad a lo señalado en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, 50/1980.

El asegurador pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley 50/1980, la prestación garantizada.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez, en tanto que para el supuesto de incapacidad temporal y hospitalización el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez. No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la muerte o la invalidez.

El asegurado se compromete a:

- Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro y la compañía quedaría liberada de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.
- Permitir en cualquier caso el examen del asegurado por los médicos que designe el asegurador, la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente al asegurador, y el eventual traslado del asegurado al lugar que corresponda para efectuar dichas pruebas. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán a cargo del asegurador.
- Relevar del deber de secreto profesional, respecto a la información que pudiera solicitar el asegurador, a los profesionales que hubieran intervenido.

Documentación a aportar en caso de un siniestro

El beneficiario o beneficiarios, el asegurado, o el tomador, según el caso, deberán aportar, en el momento de la comunicación del siniestro, la documentación exigida específica para cada garantía contratada en el presente contrato o en el caso de no constar la misma, la genérica indicada a continuación:

Contratación del seguro de forma innominada

Si la contratación del seguro se ha realizado de forma innominada, será preciso documentación acreditativa de la condición de asegurado. Por este motivo a trabajadores de una empresa se solicitará documento Tc2 o análogo donde figure el alta del trabajador en el Régimen de la S. Social; en asegurados pertenecientes a un determinado colectivo, copia oficial del Libro o Registro Oficial, etc.

En caso de fallecimiento por accidente:

- Certificado literal de defunción del Registro Civil.

- Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.
- Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

En caso de Invalidez permanente

- Documentación clínica donde se recoja cualquier información sobre las lesiones sufridas y el tipo de invalidez.
- Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.
- Para la garantía de adecuación de la vivienda habitual o del automóvil deberán presentarse facturas originales de las reformas necesarias llevadas a cabo.

En caso de Incapacidad temporal

- Declaración del accidente en el plazo máximo de 7 días al de su ocurrencia (salvo en caso de hospitalización del asegurado). De declararse con posterioridad a los referidos 7 días, se iniciará el derecho a la indemnización a partir de la fecha de declaración.
- Certificado médico de incapacidad temporal para la profesión del asegurado, en el que consten la fecha del accidente y las lesiones que presenta, con indicación de la probable duración de la incapacidad. Estos certificados deberán enviarse al asegurador en periodos no superiores a 30 días, y en tanto no se produzca el alta definitiva.
- Partes originales de baja y alta de la Seguridad Social que determinen la incapacidad temporal especificando la causa, naturaleza, consecuencia de la misma y su duración, así como como cuantos informes médicos complementarios sean precisos para determinar el diagnóstico definitivo de la lesión padecida.
- En todo caso, parte de urgencias o informe médico original de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico:
 - a)** Historia del accidente/enfermedad (antecedentes, fecha y circunstancias de producción, fecha de asistencia).
 - b)** Sintomatología y datos de la exploración física.
 - c)** Resultados de las pruebas complementarias realizadas.
 - d)** Juicio clínico o diagnóstico (provisional o definitivo).
 - e)** Tratamiento prescrito.

En caso de Asistencia sanitaria (servicio médico) por accidente

- Cuando se preste en centros de libre elección, facturas originales. En el caso de que esta garantía

no se cubra por el asegurador, los gastos de certificados médicos irán a cargo del asegurado.

- Cuando se preste en centros recomendados los pagos los hará directamente el asegurador al centro que corresponda.

Tasación y liquidación de la indemnización

Determinación del Grado de invalidez

La situación de invalidez permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del asegurado no sean mantenidas artificialmente.

Se atenderá a los siguientes apartados:

a) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional, ni la edad de del asegurado. Tampoco tendrán aplicación en esta garantía las calificaciones de invalidez efectuadas por las juntas de valoración en accidentes de trabajo u organismos competentes en esa materia, ni guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social, salvo que así se determine en las condiciones especiales de la póliza.

b) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o las limitaciones funcionales de cualquiera de ellos, son solo parciales, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.

c) La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

d) La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido para la pérdida anatómica o funcional total de cada dedo.

e) Los porcentajes que se indican en el Baremo de Indemnizaciones para la cobertura de invalidez permanente, expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

f) Los porcentajes de indemnización en las extremidades superiores serán reducidos en un 15% cuando no se trate del lado dominante (lesiones en el miembro izquierdo de un diestro y viceversa).

g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100%.La suma de porcentajes de varias limitaciones funcionales o pérdidas anatómicas de un mismo órgano o miembro, no puede superar el

porcentaje de la pérdida anatómica o funcional total de ese órgano o miembro. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional valorada aplicando el baremo, solo puede ser contemplada una vez, aunque dichas pérdidas anatómicas o funcionales vengan descritas en otros apartados del baremo.

h) El asegurado, a requerimiento del asegurador, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales que sufra.

i) Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del accidente cubierto por la póliza. Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto anatómico o funcional, **el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.**

j) El asegurador notificará por escrito al asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por esta garantía le corresponda.

k) Si el asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el asegurado falleciera con posterioridad, **el asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el asegurador no podrá reclamar la diferencia.**

El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme a lo establecido en "Tasación de siniestros" que sigue a continuación.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán un tercer perito médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación será por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la

insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito médico tercero.

El dictamen de los peritos médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos médicos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos médicos en un plazo de cinco días. En el supuesto de que por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Pago de honorarios profesionales

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y del asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Accidentes intencionados

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

1. Comunicaciones

a) Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador señalado en la póliza.

b) Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro a un agente representante del asegurado,

surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

c) Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguros en vigor.

d) Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se podrán realizar por correo postal, electrónico o por cualquier otro medio telemático (incluyendo, entre otros, mensajes SMS) que permita verificar su correcta puesta a disposición, en las direcciones o números de teléfono de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de dichas direcciones y/o números de teléfono.

2. Delimitación geográfica y jurisdicción

Las coberturas amparadas por la presente póliza surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

El presente contrato de seguro queda sometido a la legislación española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuera en el extranjero.

3. Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

4. Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

5. Marco normativo

- El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:
- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Las condiciones particulares y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma

para complementarla o modificarla.

Y por cuantas normas actualicen, complementen o modifiquen las citadas normas.

En caso de discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de la póliza y el asegurador, se estará a lo dispuesto en el apartado "Reclamaciones. Órganos ante los que formularlas." de las condiciones generales de esta póliza.

6. Riesgos extraordinarios

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de Vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma

asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiere emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección Defensa.Cliente.GCO@grupocatalanaoccidente.com, o ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, www.seguroscatalanaoccidente.com en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del tomador, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.seguroscatalanaoccidente.com/esp/politica-privacidad>

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su

identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@grupocatalanaoccidente.com y/o de la dirección postal, Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza.

Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)



Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

Asimismo, el tomador declara haber recibido, de manera previa a la contratación del seguro, la información general previa prevista en los artículos 174 y 175 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, y en particular, el documento de información sobre producto de seguro previsto en el artículo 176 del referido Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, en relación con el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre producto de seguro, habiendo sido informado asimismo de que este documento está disponible en la página web del asegurador: www.seguroscatalanaoccidente.com

En Sant Cugat del Vallés a 31 de enero de 2023

Por la entidad

Juan Closa Cañellas
Director general

Tomador del seguro

FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT

Grupo Catalana Occidente

www.seguroscatalanaoccidente.com

Teléfono de contacto

932 220 212





Accidentes colectivo deportes

Contrato formalizado entre la compañía
Seguros Catalana Occidente y
FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT

COPIA A DEVOLVER FIRMADA

Accidentes colectivo deportes

Contrato formalizado entre la compañía
Seguros Catalana Occidente y **FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT**

Índice

Condiciones particulares	2
Condiciones especiales	6
Condiciones generales	20

Datos compañía

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal NIF: A-28119220 - inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 91458



Condiciones particulares

Accidentes colectivo deportes

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y
Reaseguros, Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid

Tomador del seguro

FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT
Lgar./ Estivelle, 7, Donsión
36519 Donsion - Lalín
Pontevedra
NIF G10682110

Oficina emisora

Sucursal Oficinas Galicia

Agente exclusivo - FNOY0

Jose Valerio Argiz Tavira
AV. MONTE FARO,13,- BAIXO
36500 LALIN
PONTEVEDRA
Teléfono : 986784948

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 00:00 horas del día 15 de febrero de 2023
Se establece por una duración de un año prorrogable
Forma de pago: anual.
Fecha de vencimiento: 15 de febrero de 2024

Domicilio de cobro

CAIXA RURAL GALEGA
Número de cuenta (IBAN) ES59 3070 0036 7663 4636 3424

Desglose del recibo de prima

Núm. del recibo	422434973-N
Periodo	de 15.02.2023 a 15.02.2024
Prima neta	703,65€
Consortio	2,79€
Impuestos sobre primas	10,38€
Prima total	716,82€

Prima total póliza: 716,82 euros

Información general

Tomador del seguro

- Nombre del tomador:	FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT
- CIF:	G10682110

Identificación del riesgo

- Modalidad:	Deportes
- N.º de grupos de riesgo:	1
- N.º total de asegurados:	48

Descripción del riesgo Grupo 1	
- Familia:	Socios de club y entidades deportivas
- Subfamilia:	Asociaciones, Club o Sociedades
- Actividad:	Todos los socios menores de 70 años, inscritos en la Asociación Federación Gallega de Airsoft.
- N° de asegurados:	48
- Ambito de cobertura:	Accidentes durante la actividad declarada
- Tipo de colectivo:	Innominado

Coste del seguro	
- Forma de pago:	Anual
- Prima neta:	703,65 euros
- Prima total (*):	716,82 euros

(*) Incluidos impuestos y tasas legalmente repercutibles.

Cuadro resumen de coberturas

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte	
- Muerte por accidente (1)	6.000€
- Gastos de sepelio por accidente - anticipo de capital	600€
- Gastos de sepelio por accidente menores de 14 años	6.000€
- Anticipo pago del impuesto sobre sucesiones	1.500€
Invalidez	
- Invalidez Pte. por accidente. Baremo 100% (1)	12.000€
Asistencia sanitaria	
- Gastos de Asistencia Sanitaria en centros concertados por el Asegurador	Ilimitada
- Gastos de Asistencia Sanitaria en centros ajenos	1.800€
- Gastos de Primera Prótesis	900€
- Gastos Transporte Sanitario	750€

(1) Cobertura principal.



Condiciones especiales

Definiciones

Entidad aseguradora

La que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos contractualmente pactados. Se denomina en este contrato "el asegurador".

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario.

Asegurado

La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones y deberes derivados del contrato.

Beneficiario

Es la persona titular del derecho a la indemnización.

Póliza

El documento donde se formaliza el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales, las particulares, las especiales y, si procedieren, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Condiciones generales

Regulan los principios básicos del seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones particulares

Recogen los datos propios e individuales de cada contrato.

Condiciones especiales

Recogen las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las condiciones generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o apéndices

Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el tomador del seguro, mediante apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que se hubieran establecido o se estableciesen en el futuro.

Suma asegurada

Es la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de indemnización a pagar por el asegurador, por todos los conceptos, en caso de siniestro.

Siniestro

Es todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas por las garantías de esta póliza. En todos los casos se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de lesiones o hechos derivados de una misma causa.

A los efectos del pago del siniestro, **no serán acumulables entre sí las indemnizaciones que pudieran corresponder por muerte, invalidez permanente, sea cual sea la causa que produzca la lesión o el fallecimiento del asegurado.**

Enfermedad

Toda alteración de salud no derivada de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente calificado como tal y haga precisa la asistencia facultativa.

Invalidez permanente

Pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos, sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.

Plazo de carencia

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir de la vigencia de alguna de las coberturas del mismo, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza. Asimismo, si la inclusión de la cobertura fuera en fecha posterior a la del efecto de la póliza, el citado periodo de carencia se iniciará a partir del momento de entrada en vigor de la cobertura.

Accidente

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

Tendrán la consideración de accidente:

a) Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosas, que vengan provocadas por un hecho accidental, siempre que no sean provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de actos físicos preexistentes o degenerativos.

b) La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**

c) Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

No tendrá la consideración de accidente:

- 1. Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza.**
- 2. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.**
- 3. La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.**
- 4. Los hechos provocados intencionadamente por el asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.**
- 5. Los hechos derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.**

Alcance de la cobertura

Accidente durante la actividad declarada

El objeto del seguro es asegurar únicamente los accidentes que puedan sufrir los socios de asociaciones, clubs o sociedades deportivas en la práctica de las actividades deportivas detalladas en las condiciones particulares de la póliza. **No tendrán la condición de asegurados en la presente póliza los deportistas federados y profesionales.**

Declaraciones del tomador

La prima de la presente póliza se ha calculado sobre las declaraciones realizadas por el tomador detalladas en las condiciones particulares. **Cualquier inexactitud en la misma, se estará a lo dispuesto en la ley del Contrato de Seguro.**

Siniestros

Ante cualquier accidente, será de carácter obligatorio comunicarlo al asegurador.

Si por causa de fuerza mayor, como urgencia vital, la asistencia sanitaria se produjera en un centro médico no autorizado, se le autoriza al asegurador a evacuar al accidentado, en cuanto las condiciones de éste lo permitan, a un centro concertado o reconocido.

Si no se produjeran las situaciones anteriormente descritas y el accidentado fuera trasladado a centros distintos del indicado por el asegurador, **éste solo se obliga a reembolsar los gastos que dicho accidente**

le hubiera supuesto en un centro concertado o reconocido.

Muerte por accidente

Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del asegurado.

Gastos de sepelio por accidente. Anticipo de capital

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador anticipará hasta el capital máximo asegurado en las condiciones particulares para afrontar los gastos de sepelio, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, se produce el fallecimiento del asegurado.

Definición de gastos de sepelio

Se entiende como gastos de sepelio:

- Traslado del fallecido en cualquier medio de transporte desde el lugar del fallecimiento hasta el de inhumación.
- Gastos de enterramiento o incineración, gastos de sepultura, ataúd.
- Derechos civiles o eclesiásticos.
- Esquela.
- Cualquier otro relativo al sepelio.
- Gastos de gestoría por trámites de certificados relacionados con el fallecimiento del asegurado, liquidación de impuestos o cobro de pensiones.

Anticipo de capital

La indemnización por esta cobertura se considera a cuenta de la indemnización principal de la cobertura básica de Muerte por accidente.

Los gastos de sepelio serán adelantados previa justificación del acaecimiento del accidente. De resultar finalmente indebido este pago, por determinar posteriormente la no cobertura del siniestro los perceptores de dicho anticipo se obligan a restituir su importe al asegurador.

Documentación a presentar

Adicionalmente a la ya solicitada en el apartado "Siniestros/Documentación a aportar en caso de siniestro" de las condiciones generales, se debe presentar facturas originales correspondientes a los gastos de sepelio.

Gastos de sepelio para menores de 14 años

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago de los gastos de sepelio, hasta el capital máximo asegurado en las Condiciones Particulares, **si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza**, se produce el fallecimiento del asegurado menor de 14 años.

Definición de gastos de sepelio

Se entiende como gastos de sepelio:

- Traslado del fallecido en cualquier medio de transporte desde el lugar del fallecimiento hasta el de inhumación.
- Gastos de enterramiento o incineración, gastos de sepultura, ataúd.
- Derechos civiles o eclesiásticos.
- Esquela.
- Cualquier otro relativo al sepelio.
- Gastos de gestoría por trámites de certificados relacionados con el fallecimiento del asegurado.

Documentación a presentar

Adicionalmente a la ya solicitada en el apartado "Siniestros/Documentación a aportar en caso de siniestro" de las condiciones generales, se debe presentar facturas originales correspondientes a los gastos de sepelio.

Invalidez permanente por accidente. Incluidas parciales

Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago del capital establecido en las condiciones particulares, si el asegurado sufre una invalidez permanente por accidente, tal y como se define en el apartado "Definiciones" del presente contrato.

Para determinar la indemnización a percibir por el asegurado, se aplicarán los porcentajes sobre el capital garantizado señalados en el baremo de indemnizaciones indicado a continuación:

Baremo de indemnizaciones

Pérdidas conjuntas (funcional o amputación)	
Pérdida total de un brazo y un pie	100%
Pérdida total de un brazo y una pierna	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y una pierna	100%
Pérdida de las 2 manos	100%
Pérdida de los 2 antebrazos	100%
Pérdida total de las dos extremidades superiores	100%
Amputación a nivel de codo	47%
Pérdida de los 2 pies	100%
Pérdida de las 2 piernas por debajo de la rodilla	100%
Pérdida total de las dos extremidades inferiores	100%

Cabeza	
Cráneo:	
Estado vegetativo persistente o muerte cerebral	100%
Alteración del habla sin posibilidad de comunicación	50%
Amnesia anterógrada de fijación	30%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal simple	5%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal compleja	15%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizado tónico clónica bien controlada médicamente	20%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizado tónico clónica mal controlada médicamente	40%
Síndromes psiquiátricos:	
Trastorno orgánico de la personalidad	40%
Enajenación mental incurable y absoluta	100%
Cara:	
Pérdida maxilar superior	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida de la nariz	30%
Pérdida del olfato	10%
Amputación de la lengua	30%
Pérdida del gusto	10%
Pérdida de los 2 ojos o ceguera absoluta	100%
Pérdida total de un ojo	30%

Pérdida total de la visión de un ojo	25%
Pérdida del pabellón auditivo unilateral	10%
Sordera completa de los 2 oídos	60%
Sordera completa de un solo oído	20%

Tronco, abdomen y pelvis	
Sistema respiratorio:	
Insuficiencia respiratoria severa derivada de lesiones postraumáticas, con disnea de reposo y afectación severa de las pruebas de función pulmonar	60%
Pérdida de un pulmón: Se valorará según repercusión funcional	
Pérdida de un lóbulo pulmonar: Se valorará según repercusión funcional	
Bazo:	
Esplenectomía (extirpación total con repercusión hematoinmunológica)	10%
Esplenectomía (extirpación total sin repercusión hematoinmunológica)	5%
Riñón:	
Extirpación de un riñón (nefrectomía unilateral)	25%
Extirpación de los dos riñones (nefrectomía bilateral)	70%
Aparato genital femenino:	
Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	35%
Pérdida del útero	30%
Pérdida de los dos ovarios	30%
Pérdida de un ovario	15%
Aparato genital masculino:	
Pérdida del pene	35%
Pérdida de los dos testículos	30%
Pérdida de un testículo	15%
Laringe y tráquea:	
Estenosis cicatriciales sin posibilidad de prótesis, que provoquen disnea	20%
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	25%
Traqueotomizado con cánula permanente (irreversible)	40%
Mamas:	
Mastectomía unilateral	15%
Mastectomía bilateral	30%
Vejiga:	
Incontinencia urinaria total con pérdida completa del control urinario (inoperable)	20%

Aparato digestivo	
Gastrectomía total	30%
Yeyuno-ilectomía total	60%
Colectomía total	60%
Colostomía, ileostomía (inoperable)	20%
Incontinencia fecal total con pérdida completa del control fecal (inoperable)	20%

Columna vertebral	
Columna cervical	
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	10%
Anquilosis de la columna vertebral completa	43%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento cervical	32%
Luxación irreductible acromio clavicular	10%
Columna dorso lumbar y pelvis	
Limitación de movilidad dorso lumbar consecutiva de fracturas vertebrales mayor o igual que el 50%	16%
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	30%
Disyunción púbica y sacroilíaca	10%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento dorsal	6%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento lumbar	10%

Extremidades superiores	
Pérdida total del brazo	70%
Pérdida total de la mano	60%
Pérdida total del antebrazo	65%
Fractura no consolidada del húmero	25%
Fractura no consolidada del antebrazo	25%
Pérdida total de los movimientos del hombro	30%
Pérdida total de los movimientos del codo	24%
Anquilosis completa del pulgar	10%
Pérdida total de los movimientos de la muñeca	20%
Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20%
Pérdida total del pulgar y del índice	35%

Pérdida Total del dedo índice o del corazón	15%
Pérdida total del dedo medio o anular	8%
Pérdida total del meñique	10%
Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25%
Pérdida de los cinco dedos de la mano	44%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos comprendiendo el índice	50%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos sin comprender el índice	45%
Pérdida total de una falange del pulgar	8%
Pérdida total de una falange del índice	4%
Pérdida total de dos falanges del índice	10%
Pérdida total de una falange de otro dedo de la mano	3%

Extremidades inferiores	
Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma	60%
Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o impotencia funcional de la misma	50%
Acortamiento de pierna de 2 a 3 cm	4%
Acortamiento de pierna de más de 3 cm a 6 cm	15%
Acortamiento de pierna de más de 6 cm a 8 cm	22%
Pérdida total de un pie	45%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Fractura calcáneo con alteración del ángulo de Böehler	10%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%
Extirpación total de rótula	9%
Fractura no consolidada de una rótula	20%
Pérdida total de los movimientos de la cadera	25%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla	20%
Pérdida total de los movimientos de la articulación del tobillo	15%
Anquilosis subastragalina	10%
Pérdida total del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de otro dedo del pie	3%

Déficits sensitivo motores de origen medular y central	
Hemiplejia completa	100%
Hemiparesia leve	20%
Hemiparesia moderada	55%

Hemiparesia grave	75%
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades	100%
Tetraparesia leve	50%
Tetraparesia moderada	75%
Tetraparesia grave	90%
Paraplejía	100%
Paraparesia leve	25%
Paraparesia moderada	60%
Paraparesia grave	80%
Pentaplejía	100%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) leve	30%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) moderado	50%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) grave	75%
Síndrome de la cola de caballo Completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	55%
Síndrome de la cola de caballo Incompleto (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	30%

El asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir, que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del perito médico nombrado por el asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo establecido en las condiciones generales "Siniestros/Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

Asistencia sanitaria. Prestación en centros concertados con el asegurador y ajenos

Objeto de la cobertura

Mediante la presente cobertura el asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado precise de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Regulación de la cobertura

1. La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las condiciones particulares de la presente póliza.

2. Periodo de indemnización. La fecha de inicio del período de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente, y la fecha límite de la cobertura finaliza a los dos años naturales (ininterrumpidos) a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

3. Coexistencia de seguros. Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el asegurado. Por ello, cuando el asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de las coberturas contratadas por el asegurado.

En cualquier caso, los gastos de asistencia sanitaria amparados por esta cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

Límites de indemnización

Límite de la asistencia sanitaria dependiendo del centro donde se preste:

- **Centros concertados:** Al contratarse esta cobertura, el asegurador asume el total de las prestaciones sanitarias, **siempre y cuando éstas sean efectuadas por profesionales o centros médicos situados en España y designados o aceptados expresamente por el asegurador.**
- **Centros ajenos:** Si el asegurado acude a centros o profesionales de libre elección no designados o aceptados por el asegurador, el límite asegurado es el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este límite es válido tanto para los centros situados en España como fuera.

En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra, los gastos médicos generados quedan garantizados íntegramente hasta los primeros 6.000 euros, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente cubierto. Caso que superen ese importe, el asegurador se hará cargo del cincuenta por ciento de los gastos justificados, en exceso de los 6.000 euros iniciales y hasta el límite de 20.000 euros.

No obstante, lo expresado en el párrafo anterior, caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, a través de profesionales o centros designados o aceptados por el asegurador, éste se hará cargo de los gastos sanitarios una vez ya deducida la cuantía indemnizada por la asistencia sanitaria en el extranjero.

Urgencias:

- **Asistencia sanitaria urgente:** Si los gastos se derivan de una asistencia sanitaria urgente o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario de urgencia), dichos gastos serán íntegramente abonados por el asegurador, con independencia del médico o centro que los presten o lugar de ocurrencia del accidente, y sin aplicación de franquicia, si ésta se hubiese pactado.

La cobertura de asistencia sanitaria incluye, asimismo:

1. El reembolso de los gastos de la primera prótesis que se le practique al asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones, hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza.**

2. El reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, **siempre que esté autorizado previamente por el asegurador, hasta un máximo de 300 euros por siniestro.**

3. Los gastos de transporte del asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del asegurador, quedarán incluidos **hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este límite se considerará máximo por siniestro.**

Definiciones

Traslado sanitario de urgencia: El transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

Transporte para tratamiento ambulatorio: A los efectos de esta cobertura se entiende el que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

Prótesis: Se entiende toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

Exclusiones

Quedan excluidos los gastos de:

1. Búsqueda, localización y salvamento del asegurado.

2. Hospitalización a consecuencia de practicar una cirugía plástica reparadora o estética.

- **Se entiende por cirugía plástica reparadora** la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivada de un accidente y tendente a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.
- **Se entiende por cirugía estética** la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

3. Adquisición de prótesis dentales, o la sustitución o implantación de piezas dentales.

4. Adquisición, reparación o sustitución de gafas, lentillas y otros aparatos correctores de la visión o audición, aún a consecuencia de accidente.

5. Elementos ortoprotésicos (ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.

6. Daños en prótesis preexistentes.

7. Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del asegurado, dañados por el accidente.

8. No sanitarios, derivados de la estancia en hospitales o centros asistenciales.

9. Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al asegurador.

Documentación a presentar en caso de siniestro

En caso de siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberán presentar al asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- Informes de la asistencia sanitaria efectuada al asegurado.
- Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos, que hubiesen sido abonados por el tomador o asegurado.



Condiciones generales

Generalidades

Exclusiones generales de la póliza

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza de seguro, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

1. Los asegurados que en la fecha de alta en la presente póliza sean mayores de 69 años.
2. Las consecuencias derivadas de accidentes, por hechos acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o anterior a la fecha de alta del asegurado en la póliza, si ésta fuera posterior, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.
3. Los daños y pérdidas que sean indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a lo establecido en la "cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros" del condicionado general, así como, por catástrofe y/o calamidad nacional, es decir, toda garantía cubierta por el Estado por estos conceptos.
4. Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que, teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el reglamento y disposiciones complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho organismo.
5. Reclamaciones, daños y responsabilidades que, directa o indirectamente, tengan su origen o sean consecuencia de un acto terrorista o de actos preparatorios o conexos con dicho acto.

Se entiende por terrorismo, toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido o causar terror o inseguridad en el medio social en el que se produce, según los términos previstos por el reglamento de riesgos extraordinarios sobre las personas y los bienes (R.D. 022/1986, de 25 de agosto).
6. Energía nuclear. Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
7. Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos o alborotos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase, actuaciones de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad del Estado.
8. Cualquier fenómeno de carácter extraordinario y/o hechos calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe nacional" o "estado de alarma".
9. No serán objeto del presente contrato los siniestros originados por cualquier tipo de arma y, en particular, las denominadas químicas, biológicas, bioquímicas o electromagnéticas.
10. Daños sufridos por el asegurado, derivados de acciones antijurídicas dolosas o delictivas, en las que participe como autor o acompañante de los causantes de dichas acciones.

11. Las enfermedades de cualquier naturaleza.

12. El asegurador no será responsable de pagar, mientras dure la exposición a la sanción, cualquier siniestro o de proporcionar cualquier beneficio en tanto que tal siniestro o beneficio implique una exposición del asegurador a sanciones, prohibiciones o restricciones en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América (siempre que esto no se oponga a lo establecido por los reglamentos, decisiones y demás normativas vigentes de la Unión Europea). Una vez cese la exposición a la sanción el asegurador se hará cargo de los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la misma.

13. Embriaguez, drogas. Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente, salvo que pueda probarse por parte del asegurado o beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará por estado de embriaguez, a los efectos del riesgo de circulación de vehículos a motor, la presencia de un grado de alcoholemia en el momento del accidente que exceda del permitido legalmente, y el asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.

14. Agravación de las consecuencias del accidente. La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

15. Navegación aérea. La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea distinto a los aviones de líneas regulares o vuelos "chárter".

16. Las lesiones o afecciones siguientes: neuropatías, algias, cualquier proceso de dolor sin sintomatología clínica comprobable, así como las curas de reposo o los exámenes de estado de salud.

17. Los defectos o incapacidades ya existentes al contratar el seguro, salvo pacto expreso en contrario.

18. Enfermedades contagiosas en el contexto de Pandemia / Epidemia: se excluyen de este contrato todos los daños y perjuicios, responsabilidades, reclamaciones, costes o gastos de cualquier naturaleza que, de forma directa o indirecta, hayan sido causados por una enfermedad contagiosa o resulten o se deriven de una enfermedad contagiosa o en relación con ella o del temor o amenaza (real o percibido) de una enfermedad contagiosa. Se entiende por enfermedad contagiosa toda enfermedad que puede transmitirse de un organismo a otro por medio de cualquier sustancia o agente cuando:

a) la sustancia o agente sea, sin carácter limitativo, un virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación del mismo, tanto si se le considera vivo como si no, y

b) el método de transmisión, directo o indirecto, incluya, sin carácter limitativo, la transmisión por vía aérea, la transmisión por fluidos corporales, la transmisión por o a cualquier superficie u objeto ya sea sólido, líquido o gaseoso, o entre organismos, y

c) la enfermedad, sustancia o agente pueda ser causa o amenaza de daños a la salud o al bienestar de las personas o pueda ser causa o amenaza de daños, deterioro o pérdida de valor, comerciabilidad o uso de bienes y

d) la enfermedad se enmarque en el contexto de una Epidemia o Pandemia, declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o cualquier autoridad gubernamental o sanitaria del lugar donde se haya producido el siniestro.

Forma de contratación

En las condiciones particulares figurará la forma de incluir los asegurados en la póliza, pudiendo ser, dependiendo de la naturaleza del seguro y del colectivo a contratar, de forma innominada o nominada.

Regularización de la prima de seguro

El cálculo de la prima de la presente póliza se ha realizado sobre la base de la información facilitada por el tomador del seguro al inicio de la emisión. Esta información es una estimación del número total de asegurados.

La prima percibida por el asegurador al inicio de la emisión del seguro se ha calculado en base al número real de asegurados que figuren en los correspondientes registros.

A tal efecto, el tomador se obliga a remitir documento firmado al asegurador, en un plazo no superior a 60 días a contar desde el vencimiento del seguro, en el que indicará mes a mes el número real de asegurados registrados.

En base a esta información, el asegurador procederá a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre el promedio de número de personas realmente aseguradas, durante el periodo de seguro transcurrido, y su comparación con el número que figuraba en la póliza en la fecha inicial de ese mismo periodo.

Se establece una prima neta mínima e inextornable que corresponderá con el 75% de la prima neta anual de la póliza.

En función de los cálculos anteriores relativos a la regularización, el asegurador emitirá el recibo de cargo o de extorno de prima que resulte de deducir a la prima definitiva la prima provisional, con el límite fijado en el párrafo anterior.

Contratación innominada según libro o registros oficiales

Quedarán automáticamente incluidos en las coberturas de la póliza, la totalidad de los socios de clubs o entidades deportivas que se encuentren dados de alta e inscritos en libros o registros oficiales donde se relacione nominativamente cada integrante del colectivo, detallando la fecha de alta o baja de su incorporación al mismo.

Comprobación de los registros de inscripción del tomador

El tomador se compromete a permitir que los representantes del asegurador puedan comprobar, cuando se precise, los datos reflejados en los registros del tomador, así como a facilitar al asegurador cuanta información precise para la comprobación y control de los riesgos asegurados por esta póliza.

Designación de beneficiarios

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación señalada, sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que el tomador haya renunciado por escrito a tal facultad. No obstante, si el tomador no hubiera efectuado en el contrato designación expresa de beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

a) Para las contingencias sobre la vida:

El asegurado será el propio beneficiario, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

b) Para el caso de fallecimiento:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado, o pareja de hecho legalmente constituida mediante inscripción en un registro o documento público, o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.

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 ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

2. Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.

3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.

4. Hermanos del asegurado por partes iguales

5. Herederos legales

En los seguros para caso de fallecimiento, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

Ámbito temporal de la cobertura

Las coberturas se garantizan si el hecho causante ha ocurrido durante la vigencia de la póliza. **El ámbito temporal de la cobertura será durante la actividad declarada.**

Bases del contrato

Duración de la póliza y plazo de preaviso de anulación

La duración es anual, siendo la fecha de inicio la que figura al principio del presente contrato, prorrogándose automáticamente a su vencimiento por iguales periodos. **No obstante, tanto el tomador como el asegurador pueden manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de un mes al vencimiento de la póliza en el caso del tomador y de dos meses en el de la aseguradora.** Asimismo, podrá pactarse una duración inferior a la anual, en cuyo caso, no será aplicable la prórroga tácita.

En el supuesto de que, por cualquier causa, se produjese la finalización del contrato de seguro antes del plazo de vencimiento pactado o del de cualquiera de sus prórrogas, al amparo del principio de "indivisibilidad de la prima"; el asegurador tendrá derecho a hacer suya la totalidad de la prima correspondiente al periodo de vigencia durante el cual acontezca la finalización del contrato de seguro, viniendo el tomador obligado a satisfacer al asegurador en ese momento la totalidad de la prima de seguro pendiente en caso de haberse contratado el pago aplazado de la misma.

Declaraciones del tomador del seguro, plazo para subsanar errores de la emisión de la póliza

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Modificaciones del riesgo

El tomador del seguro o el asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El tomador del seguro o el asegurado podrán durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Cambio de la actividad o profesión asegurada

En el supuesto que varíe la actividad del riesgo o profesión asegurada durante la vigencia del contrato, el tomador se obliga a comunicar dicha circunstancia al asegurador para modificar, si corresponde, las condiciones contractuales.

Caso de producirse el evento amparado por la póliza y no coincidir la profesión o actividad declarada en las condiciones particulares con la real del asegurado, o del grupo asegurado, **el asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera actividad profesional. Si ésta estuviera excluida de las normas de contratación de la**

entidad aseguradora, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del tomador o asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en la póliza, el asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

Nulidad y pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de seguro, si medió dolo o culpa grave.**
- b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador, y han actuado con mala fe.**
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
- d) Si el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, no facilitan al asegurador la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.**
- e) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del tomador del seguro o del asegurado.**

Perfección y efecto del contrato

a) El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado en la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

b) La prima de cada uno de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar al riesgo y suma asegurada las tarifas que, fundadas en la experiencia estadística y criterios técnico actuariales, tenga vigentes en cada momento el asegurador. Para su determinación también se considerarán, además del factor de edad cumplida del asegurado, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido de acuerdo a lo establecido anteriormente en "Modificaciones del riesgo" del presente apartado "Bases del contrato". Asimismo, para el cálculo de dicha prima, se tendrá en cuenta el historial personal de siniestralidad de los periodos precedentes de seguro.

c) El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

d) Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

Consecuencias del impago de primas

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Domicilio de pago de la prima por defecto

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato.

Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Siniestros

Declaración de siniestro y plazo de comunicación

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Colaboración del tomador en caso de siniestro

El tomador del seguro o el asegurado deberá dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

Aminoración de las consecuencias del siniestro

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente, o en su caso de la enfermedad, con el fin de conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños

derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Intereses de demora

Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, aunque se consideren válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

1. Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

2. Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización, mediante pago o por la reparación o reposición del objeto siniestrado, y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

3. Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

4. La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

5. En la reparación o reposición del objeto siniestrado la base inicial de cálculo de los intereses será el importe líquido de tal reparación o reposición, sin que la falta de liquidez impida que comiencen a devengarse intereses en la fecha a que se refiere el apartado sexto subsiguiente. En los demás casos será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber.

6. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7. Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

8. No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9. Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en retraso injustificado del pago únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que por el Consorcio se haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por retraso injustificado del pago en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía, y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

10. En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Subrogación

Para la cobertura de Asistencia sanitaria, de haberse contratado ésta, el asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado y sin que haya necesidad alguna de otra cesión, traslado, título o mandato, queda subrogado en todos los derechos, recursos y acciones del asegurado, contra todos los autores o responsables del siniestro, y aún contra otros aseguradores, si los hubiere, hasta el límite de indemnización.

El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia de asegurador y asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Siniestros: pago de la indemnización

El asegurador está obligado a satisfacer el capital asegurado al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

En todo caso, el asegurador se compromete a pagar la indemnización mínima en un período máximo de 40 días desde que tenga conocimiento del siniestro. En caso de incumplimiento de este plazo o si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiese pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará de conformidad a lo señalado en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, 50/1980.

El asegurador pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley 50/1980, la prestación garantizada.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez, en tanto que para el supuesto de incapacidad temporal y hospitalización el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez. No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la muerte o la invalidez.

El asegurado se compromete a:

- Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro y la compañía quedaría liberada de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.
- Permitir en cualquier caso el examen del asegurado por los médicos que designe el asegurador, la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente al asegurador, y el eventual traslado del asegurado al lugar que corresponda para efectuar dichas pruebas. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán a cargo del asegurador.
- Relevar del deber de secreto profesional, respecto a la información que pudiera solicitar el asegurador, a los profesionales que hubieran intervenido.

Documentación a aportar en caso de un siniestro

El beneficiario o beneficiarios, el asegurado, o el tomador, según el caso, deberán aportar, en el momento de la comunicación del siniestro, la documentación exigida específica para cada garantía contratada en el presente contrato o en el caso de no constar la misma, la genérica indicada a continuación:

Contratación del seguro de forma innominada

Si la contratación del seguro se ha realizado de forma innominada, será preciso documentación acreditativa de la condición de asegurado. Por este motivo a trabajadores de una empresa se solicitará documento Tc2 o análogo donde figure el alta del trabajador en el Régimen de la S. Social; en asegurados pertenecientes a un determinado colectivo, copia oficial del Libro o Registro Oficial, etc.

En caso de fallecimiento por accidente:

- Certificado literal de defunción del Registro Civil.

- Certificado del registro de actos de últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del asegurado.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.
- Certificado médico oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las diligencias judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

En caso de Invalidez permanente

- Documentación clínica donde se recoja cualquier información sobre las lesiones sufridas y el tipo de invalidez.
- Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.
- Para la garantía de adecuación de la vivienda habitual o del automóvil deberán presentarse facturas originales de las reformas necesarias llevadas a cabo.

En caso de Incapacidad temporal

- Declaración del accidente en el plazo máximo de 7 días al de su ocurrencia (salvo en caso de hospitalización del asegurado). De declararse con posterioridad a los referidos 7 días, se iniciará el derecho a la indemnización a partir de la fecha de declaración.
- Certificado médico de incapacidad temporal para la profesión del asegurado, en el que consten la fecha del accidente y las lesiones que presenta, con indicación de la probable duración de la incapacidad. Estos certificados deberán enviarse al asegurador en periodos no superiores a 30 días, y en tanto no se produzca el alta definitiva.
- Partes originales de baja y alta de la Seguridad Social que determinen la incapacidad temporal especificando la causa, naturaleza, consecuencia de la misma y su duración, así como como cuantos informes médicos complementarios sean precisos para determinar el diagnóstico definitivo de la lesión padecida.
- En todo caso, parte de urgencias o informe médico original de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico:
 - a)** Historia del accidente/enfermedad (antecedentes, fecha y circunstancias de producción, fecha de asistencia).
 - b)** Sintomatología y datos de la exploración física.
 - c)** Resultados de las pruebas complementarias realizadas.
 - d)** Juicio clínico o diagnóstico (provisional o definitivo).
 - e)** Tratamiento prescrito.

En caso de Asistencia sanitaria (servicio médico) por accidente

- Cuando se preste en centros de libre elección, facturas originales. En el caso de que esta garantía

no se cubra por el asegurador, los gastos de certificados médicos irán a cargo del asegurado.

- Cuando se preste en centros recomendados los pagos los hará directamente el asegurador al centro que corresponda.

Tasación y liquidación de la indemnización

Determinación del Grado de invalidez

La situación de invalidez permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del asegurado no sean mantenidas artificialmente.

Se atenderá a los siguientes apartados:

a) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional, ni la edad de del asegurado. Tampoco tendrán aplicación en esta garantía las calificaciones de invalidez efectuadas por las juntas de valoración en accidentes de trabajo u organismos competentes en esa materia, ni guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social, salvo que así se determine en las condiciones especiales de la póliza.

b) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o las limitaciones funcionales de cualquiera de ellos, son solo parciales, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.

c) La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

d) La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido para la pérdida anatómica o funcional total de cada dedo.

e) Los porcentajes que se indican en el Baremo de Indemnizaciones para la cobertura de invalidez permanente, expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

f) Los porcentajes de indemnización en las extremidades superiores serán reducidos en un 15% cuando no se trate del lado dominante (lesiones en el miembro izquierdo de un diestro y viceversa).

g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100%.La suma de porcentajes de varias limitaciones funcionales o pérdidas anatómicas de un mismo órgano o miembro, no puede superar el

porcentaje de la pérdida anatómica o funcional total de ese órgano o miembro. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional valorada aplicando el baremo, solo puede ser contemplada una vez, aunque dichas pérdidas anatómicas o funcionales vengan descritas en otros apartados del baremo.

h) El asegurado, a requerimiento del asegurador, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales que sufra.

i) Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del accidente cubierto por la póliza. Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto anatómico o funcional, **el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.**

j) El asegurador notificará por escrito al asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por esta garantía le corresponda.

k) Si el asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el asegurado falleciera con posterioridad, **el asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el asegurador no podrá reclamar la diferencia.**

El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme a lo establecido en "Tasación de siniestros" que sigue a continuación.

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida.

Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán un tercer perito médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación será por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la

insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito médico tercero.

El dictamen de los peritos médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos médicos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley del Contrato de Seguro, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos médicos en un plazo de cinco días. En el supuesto de que por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley del Contrato de Seguro, que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Pago de honorarios profesionales

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y del asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Accidentes intencionados

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a los herederos de éste.

Otros aspectos del contrato

1. Comunicaciones

a) Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador señalado en la póliza.

b) Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro a un agente representante del asegurado,

surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

c) Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguros en vigor.

d) Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se podrán realizar por correo postal, electrónico o por cualquier otro medio telemático (incluyendo, entre otros, mensajes SMS) que permita verificar su correcta puesta a disposición, en las direcciones o números de teléfono de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de dichas direcciones y/o números de teléfono.

2. Delimitación geográfica y jurisdicción

Las coberturas amparadas por la presente póliza surten efecto en todo el mundo, con la salvedad de aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

El presente contrato de seguro queda sometido a la legislación española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuera en el extranjero.

3. Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

4. Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

5. Marco normativo

- El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:
- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Las condiciones particulares y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma

para complementarla o modificarla.

Y por cuantas normas actualicen, complementen o modifiquen las citadas normas.

En caso de discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de la póliza y el asegurador, se estará a lo dispuesto en el apartado "Reclamaciones. Órganos ante los que formularlas." de las condiciones generales de esta póliza.

6. Riesgos extraordinarios

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de Vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma

asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiere emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección Defensa.Cliente.GCO@grupocatalanaoccidente.com, o ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, www.seguroscatalanaoccidente.com en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Cliente, del Partícipe y del Asociado.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del tomador, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.seguroscatalanaoccidente.com/esp/politica-privacidad>

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su

identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@grupocatalanaoccidente.com y/o de la dirección postal, Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza.

Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)



Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

Asimismo, el tomador declara haber recibido, de manera previa a la contratación del seguro, la información general previa prevista en los artículos 174 y 175 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, y en particular, el documento de información sobre producto de seguro previsto en el artículo 176 del referido Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, en relación con el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión de 11 de agosto de 2017, por el que se establece un formato de presentación normalizado para el documento de información sobre producto de seguro, habiendo sido informado asimismo de que este documento está disponible en la página web del asegurador: www.seguroscatalanaoccidente.com

En Sant Cugat del Vallés a 31 de enero de 2023

Por la entidad

Tomador del seguro

Juan Closa Cañellas
Director general

FEDERACION GALLEGA DE AIRSOFT

Grupo Catalana Occidente

www.seguroscatalanaoccidente.com

Teléfono de contacto

932 220 212

