

Póliza de Accidentes Colectiva

Tomador de la Póliza
Federación Andaluza de los Deportes Aéreos
Póliza del Contrato de Seguro número 64811179



COPIA PARA EL ASEGURADOR

CHUBB

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

CONDICIONES PARTICULARES

Datos identificativos

CONDICIONES GENERALES

Artículo Preliminar - Bases del contrato

Artículo 1 - Definiciones

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2 – Objeto del Seguro

Artículo 3 - Riesgos excluidos para todas las garantías

Artículo 4 - Riesgos Extraordinarios

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

Artículo 5 - Perfección y toma de efecto del contrato

Artículo 6 - Duración del contrato

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 7 - Siniestros

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 8 - Subrogación

Artículo 9 - No asegurabilidad

Artículo 10 - Primas

Artículo 11 – Declaración del riesgo

Artículo 12 – Agravación del riesgo

Artículo 13 – Disminución del riesgo

Artículo 14 - Comunicaciones

Artículo 15 – Deber de información del tomador

Artículo 16 - Ley aplicable

Artículo 17 - Quejas y reclamaciones

Artículo 18 - Protección de datos

Artículo 19.- Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España

Artículo 20 - Aceptación expresa. Constancia de recibo de información.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS IDENTIFICATIVOS

Tomador del Seguro: **Federación Andaluza de los Deportes Aéreos**
CIF: **Q7955055D**
Dirección: **Estadio Olímpico, Puerta F. Isla de la Cartuja s/n. Despacho 13**
41.092 Sevilla
Póliza número: **64811179**
Duración: Desde las 24:00 horas del **31/12/2012** hasta las 24:00 del **31/12/2013**

Mediador: **AON GIL Y CARVAJAL, S.A. CORREDURÍA DE SEGUROS, S.U.**
Código: **41722**
Teléfono: **+34 902 114 611**
Dirección: **C/ Rosario Pino, 14-16. 28.020 Madrid**

Riesgo del seguro:

- Número total de asegurados del colectivo de inicio: **1.550**
- Número de grupos: **5**
 - o Grupo 1º Aire y Tandem
 - Número de asegurados: **650 con carácter anual, 70 con carácter trimestral y 160 con carácter mensual.**
 - Beneficiario: el Asegurado y en caso de fallecimiento, las personas indicadas por el Asegurado en el Boletín de Adhesión. En el supuesto de que no se hubiese designado Beneficiario alguno, se aplicará lo dispuesto en las Condiciones Generales al efecto.
 - Categoría del riesgo: **Federaciones deportivas**
 - Quedan cubiertos única y exclusivamente los accidentes sufridos por los Asegurados derivados de la siguiente actividad: **Práctica deportiva de deporte aéreo para Aire y Tandem para Federados.**

Garantías contratadas	Suma asegurada	Edad Máxima
Muerte por accidente	10.000,00 euros. Sublímite para fallecimiento accidental no deportivo de 1.803,04 euros	70
Para los menores de 14 años y mayores de 70 años (en concepto de gastos de sepelio)	6.000 euros	
Incapacidad permanente según baremo por accidente	Hasta un máximo de 20.000,00 euros	
Asistencia sanitaria en Centros recomendados por accidente	Incluida (límites previstos en las Condiciones Particulares)	

- o Grupo 2º Tierra
 - Número de asegurados: **610**
 - Beneficiario: el Asegurado y en caso de fallecimiento, las personas indicadas por el Asegurado en el Boletín de Adhesión. En el supuesto de que no se hubiese designado Beneficiario alguno, se aplicará lo dispuesto en las Condiciones Generales al efecto.
 - Categoría del riesgo: **Federaciones deportivas**
 - Quedan cubiertos única y exclusivamente los accidentes sufridos por los Asegurados derivados de la siguiente actividad: **Práctica deportiva de deporte aéreo para Tierra para Federados.**



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Garantías contratadas	Suma asegurada	Edad Máxima
Muerte por accidente	10.000,00 euros. Sublímite para fallecimiento accidental no deportivo de 1.803,04 euros	70
Para los menores de 14 años y mayores de 70 años (en concepto de gastos de sepelio)	6.000 euros	
Incapacidad permanente según baremo por accidente	Hasta un máximo de 20.000,00 euros	
Asistencia sanitaria en Centros recomendados por accidente	Incluida (límites previstos en las Condiciones Particulares)	

- Cláusulas:

- o Minusvalías: Asegurados con minusvalías. Se hace constar que la indemnización a abonar para los asegurados con minusvalías previas a la contratación de la póliza, será la que correspondería a una persona sin dicha minusvalía. Por tanto, **se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con la citada minusvalía preexistente, física o psíquica.**
- o Centros concertados: El listado de centros está disponible en el número de atención al cliente: **902 104 055**
- o **Se incluyen los deportes aéreos como cobertura en la presente póliza.**
- o **Se incluyen como cobertura en la presente póliza las lesiones no traumáticas.**
- o **Se incluye la búsqueda, salvamento y rescate en territorio nacional hasta un máximo de 9.000 euros.**
- o **Se incluyen los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 100% del precio de venta al público del mencionado material ortopédico**
- o **Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 400,00 euros.**
- o Las prestaciones de esta póliza se corresponden con los mínimos a cubrir por el seguro obligatorio para deportistas Federados según el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio, de Seguro Obligatorio Deportivo:
 1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el Territorio nacional, sin límite de gastos, y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente.
 2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha del accidente.
 3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha del accidente.
 4. Los gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciocho meses desde la fecha del accidente.
 5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, hasta 12.020,24 euros, para los grandes inválidos (tetraplejía).

7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe de 6.010,12 euros.

8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe de 1.803,04 euros.

9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 70% del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

10. Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 240,40 euros.

11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.

12. Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional.

13. Libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

- o El Tomador comunicará al Asegurador relación de altas y bajas de Asegurados, regularizándose la póliza al final de cada anualidad, en base a los datos facilitados.
- o La relación de personas Aseguradas estará disponible en Federados del Asegurado.
- o De conformidad con lo previsto en el artículo 106 del Real Decreto 2486/1998, de 20 noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador del seguro se compromete y obliga a suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión a la póliza y durante la vigencia de la misma, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de éstos. A tales efectos, el Tomador se compromete y obliga a informar a los Asegurados del contenido de la Póliza.

Para realizar consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores, subsanación de retrasos, etc, el Tomador o los Asegurados deberán dirigirse a:

Para cuestiones relativas a siniestros, intervenciones, retrasos, etc... Teléfono: **+34 902 104 055**
Fax: **+34 902 104 053**
mail: federaciones@chubb.com

Para cuestiones administrativas relativas a la póliza

El Mediador: AON GIL Y CARVAJA S.A.....**+34 902 114 611**

El Asegurador: Chubb Insurance Company of Europe SE **+34 91 308 34 68**
Dirección del Asegurador: Calle Serrano, 57 – 5º, 28.006. Madrid

Primas:

Periodo: Desde las 24:00 horas del **31/12/2012** hasta las 24:00 del **31/12/2013**

Periodicidad del pago: **Anual**

Prima Anual Neta Unitaria Grupo 1	87,51 €
I.P.S	5,25 €
TLEA	0,13 €
Recargo CCS	0,10 €



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Total	92,99 €
-------	---------

Prima Anual Neta Unitaria Grupo 2	3,19 €
I.P.S	0,19 €
TLEA	0,00 €
Recargo CCS	0,10 €
Total	3,49 €

Prima Neta Unitaria Grupo 1 Licencias Semestrales	75,26 €
I.P.S	4,52 €
TLEA	0,11 €
Recargo CCS	0,05 €
Total	79,94 €

Prima Neta Unitaria Grupo 1 Licencias Trimestrales	42,29 €
I.P.S	2,54 €
TLEA	0,06 €
Recargo CCS	0,02 €
Total	44,42 €

Prima Neta Unitaria Grupo 1 Licencias Mensuales	27,69 €
I.P.S	1,66 €
TLEA	0,04 €
Recargo CCS	0,01 €
Total	29,40 €

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda. En el supuesto de que el aumento de prima se produzca para el nuevo periodo de cobertura, la Aseguradora deberá comunicar al Tomador del seguro el incremento con dos meses de antelación a la finalización del contrato. En caso de que el asegurado no acepte la subida de la prima, la entidad podrá negarse a prorrogar el contrato para el siguiente periodo de cobertura.

Importe Anual **estimado** atendiendo al número de asegurados en los Grupos 1 y 2

Prima Neta	66.218,10 €
I.P.S	3.971,80 €
TLEA	98,15 €
Recargo CCS	129,00 €
Total	70.417,05 €

CONDICIONES GENERALES

Artículo Preliminar - BASES DEL CONTRATO

1. Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados,



COPIA PARA EL ASEGURADOR

aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

2. Las coberturas de la presente Póliza no serán de aplicación y no se podrá realizar ningún pago bajo la misma, cuando suponga directa o indirectamente un incumplimiento de cualquier legislación o implique la desatención de sanciones económicas o comerciales, a las que se encuentre sujeto el Asegurado o cualquier sociedad filial o participada de The Chubb Corporation.

Artículo 1 - DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. Tomador: La persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.

2. Asegurado: La persona física, deportista federado, titular del interés objeto del seguro que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

3. Asegurador: La Sociedad CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE, Sucursal en España, con domicilio en la calle Serrano nº 57, 28006 Madrid, España con CIF W006091BJ e inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 25611, folio 149, Sección 8, Hoja nº M-461530 Inscripción 1ª y en el Registro especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) con clave E0185, que asume el riesgo contractualmente pactado. CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE, con domicilio social en 106 Fenchurch Street, Londres, EC3M 5NB, Inglaterra, se trata de una sociedad europea constituida en Inglaterra y Gales, con el número de registro SE13, es una entidad autorizada y regulada como compañía de seguros por el órgano supervisor de Reino Unido (Financial Services Authority) con nº de referencia en dicho órgano 481725, y en materias de interés general por la DGSFP respecto del ejercicio de la actividad en España.

4. Beneficiario: La persona titular del derecho a la prestación contratada. El titular del derecho a la prestación contratada será el Asegurado salvo en el caso de su fallecimiento. El Asegurado podrá designar Beneficiario en caso de fallecimiento en su Boletín de Adhesión El Beneficiario designado constará en el Certificado Individual del Seguro. En el caso de que el Asegurado no hubiera designado concretamente a un Beneficiario, o su designación fuese nula, la indemnización por fallecimiento será satisfecha, por orden de prelación preferente y excluyente, a las personas que, con respecto al Asegurado, sean:

- Su cónyuge, siempre que no esté separado legalmente o de hecho.
- Sus hijos, a partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiere, será repartida entre los hijos vivos del Asegurado.
- Los padres que le sobrevivan.
- Los abuelos que le sobrevivan.
- Los hermanos que le sobrevivan.
- A falta de todos los anteriores, los herederos legales del Asegurado fallecido.
- En su defecto, la indemnización formará parte del patrimonio del Tomador del seguro.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor.

5. Accidente: La lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

6. Fallecimiento: La muerte del Asegurado como consecuencia de un accidente.

7. Incapacidad Permanente: Pérdida orgánica o pérdida funcional de órganos, miembros o facultades del Asegurado, que disminuyan o anulen total o parcialmente la capacidad del mismo de una forma irreversible y que sean consecuencia directa de un accidente.

6. Siniestro: todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

7. Suma asegurada: el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro. Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

8. Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación contraria expresada en las condiciones particulares, el importe máximo a abonar por un mismo accidente será de 10 millones de euros.
9. Enfermedad: Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.
10. Franquicia: Período de tiempo contado a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro durante el que no existe ni se devenga derecho a indemnización.
11. Período de carencia: Tiempo en que, vigente el seguro, si se produce un siniestro éste no queda cubierto.
12. Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, así como los Certificados individuales de seguro y los Suplementos y Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
13. Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos de legal aplicación.
14. Certificado individual de seguro: El documento que forma parte de la Póliza que se entrega al Asegurado para facilitar el ejercicio de sus derechos bajo esta póliza, que justifica la pertenencia al grupo asegurado. Se hace constar que la emisión de dicho certificado no supone su existencia y vigencia con carácter independiente.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2. OBJETO DEL SEGURO

Los accidentes derivados de la práctica deportiva en que el deportista asegurado esté federado, en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las Prestaciones Mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo. **En este sentido, no son objeto del seguro las lesiones deportivas, sino los accidentes derivados de la práctica deportiva. El fraude que se pudiera derivar de aquellas prestaciones sanitarias que reciba un asegurado por lesiones no producidas durante la práctica deportiva del deporte especificado en Condiciones Particulares, serán abonadas por el asegurado y no con cargo a la presente Póliza ni al Tomador de la misma.**

Dentro de los límites establecidos en las condiciones de esta póliza y para cada uno de los grupos, el Asegurador garantiza el pago de las prestaciones convenidas en la misma, en caso de ocurrencia de los hechos cuya cobertura se especifica a continuación:

Las prestaciones del seguro tienen con carácter general ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas. **Si el Asegurado traslada su residencia al extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.**

La cobertura de fallecimiento accidental quedará resuelta automáticamente, sin necesidad de aviso por parte del Asegurador a los Asegurados, al término de la anualidad de seguro en que los Asegurados cumplan la edad de 70 años.

1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, el Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares. Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de Incapacidad Permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es superior. Cuando la edad del asegurado sea inferior a 14 años, la prestación se entiende sustituida por una indemnización en concepto de Gastos de Sepelio, por el importe señalado en póliza para caso de Muerte y con un máximo de 6.000 euros.

2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO



COPIA PARA EL ASEGURADOR

En caso de producirse la limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la Póliza, el Asegurador abonará al Beneficiario el porcentaje correspondiente a la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares conforme al Baremo indicado a continuación.

La situación de Incapacidad 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. **El grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.** A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante. **El grado máximo de indemnización será del 100% del Baremo.**

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores	100 %
Estado vegetativo persistente	100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje)	40%
Amnesia completa de fijación	40%
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado	20%

SISTEMA OSEO

Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia	15 %
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia	4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional	30%

SISTEMA OLFATORIO

Pérdida parcial de la nariz	10%
Pérdida total de la nariz	25%
Pérdida del olfato (Anosmia)	5%

BOCA

Pérdida de todos los dientes superior e inferior	10%
Amputación total de la lengua	30%
Pérdida del gusto (Ageusia)	5%
Ablación maxilar inferior	25%.

OIDO

Pérdida de una oreja	10%.
Pérdida de las dos orejas	25%.
Sordera total de un oído	15%
Sordera total de los dos oídos	50%

OCULAR

Ceguera de un ojo	30%
Ceguera de los dos ojos	100%

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL

a) Pérdida completa de movilidad de columna	60%
b) Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	25%
c) Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación	30%.

COSTILLAS

Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales 10%

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA

Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
--	-----



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30%	
Traqueotomizado con cánula		30%.
PULMON		
Pérdida de un pulmón		25%.
RIÑON		
Pérdida de un riñón		25%.
Pérdida de los dos riñones		70%.
BAZO		
Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica	20%	
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica		10%
APARATO GENITAL FEMENINO		
Pérdida de las glándulas mamarias		25%
Pérdida de los ovarios		35%
Pérdida del útero		35%.
Deformación genitales externos femeninos:		
- con alteración funcional		40%.
- sin alteración funcional	25%	
APARATO GENITAL MASCULINO		
Desestructuración del Pene:		
- con alteración funcional	40%.	
- sin alteración funcional		25%.
Pérdida de los testículos	35%	

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior		100%
100%		
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o		15%
10%		
Musculocutáneo		
Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:		
- A nivel del brazo	25%	20%
- A nivel del antebrazo-muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio		25%
25%		
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D) EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies		100%
Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior		100%
Amputación a nivel de la cadera	70%	
Amputación por encima de la rodilla		60%
Amputación por debajo de la rodilla		45%
Amputación primer dedo	10%	
Amputación de otro dedo		3%
Pérdida total de los movimientos de la cadera:		
En posición funcional		30%
En posición desfavorable	40%	



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Pérdida total de los movimientos de la rodilla:	
En posición funcional	20%
En posición desfavorable	30%
Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:	
Anquilosis articulación tibio tarsiana:	
En posición funcional	10%
En posición desfavorable	20%
Anquilosis subastragalina	5%
Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez	30%
Extirpación de la rótula (Patelectomía):	
Total	15%
Parcial	10%
Deformidades postraumáticas del pie	10%
Acortamientos:	
- Hasta 1,5 cm.	2%
- de 1,5 cm. a 3 cm.	5%
- de 3 cm. a 6 cm.	10%
- más de 6 cm.	15%
Parálisis completa del nervio ciático	60%
Parálisis completa del nervio ciático poplíteo externo	25%
Parálisis completa del nervio ciático poplíteo interno	15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad

a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.

b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.

c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

d) Defectos físicos existentes antes del accidente:

d.1) **La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.**

d.2) **La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.**

e) Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

f) Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

3. ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS CONCERTADOS POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria el reembolso de los gastos derivados de la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos, de conformidad con las siguientes condiciones:

- Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el Territorio nacional, sin límite de gastos, y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente.

- Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha del accidente.

-Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha del accidente.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

- Los gastos originados por rehabilitación durante el período de 18 meses desde la fecha del accidente.
- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12.- Euros y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente.
- Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 70% del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.
- Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 240,40.- Euros.
- Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.
- Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional.

Estas prestaciones deberán prestarse en los Centros concertados por el Asegurador, según se relacionan en Condiciones Particulares. **Todas las pruebas requerirán la autorización previa del Asegurador, salvo en caso de rehabilitación, que será autorizada en bloques de 10 sesiones.**

Esta prestación cesa al producirse la Muerte o determinarse la Incapacidad Permanente del Asegurado y se abona independientemente de éstas.

Artículo 3. RIESGOS EXCLUIDOS PARA TODAS LAS GARANTÍAS

El Asegurador no cubre las consecuencias originadas o producidas por los hechos siguientes:

- a) El fallecimiento producido por la práctica por el Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, **SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.**
- b) Las intoxicaciones producidas por la ingestión de productos alimenticios.
- c) Los daños como consecuencia de síncope, cardiopatías, infartos de miocardio, infartos o derrames cerebrales, ataques de apoplejía o epilepsiformes, así como las lesiones producidas con ocasión de esas manifestaciones o de otro estado morbo.
- d) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un hecho cubierto o que se lleven a cabo por razones distintas a la sanidad como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética; las consecuencias producidas por las operaciones o curas que el Asegurado realice sobre sí mismo y las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica a las cuales no esté expuesto el Asegurado a consecuencia de un hecho cubierto.
- e) Los accidentes por el uso, como conductor o pasajero, de motocicletas o ciclomotores de más de 125 centímetros cúbicos, **SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.**
- f) Los provocados intencionadamente por el Asegurado.
- g) Los originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- h) Los que sobrevengan al Asegurado en situaciones de enajenación mental o sonambulismo.
- i) Las consecuencias del suicidio o de su tentativa, el envenenamiento y los accidentes causados por contravenir las normas o disposiciones particulares referentes a la seguridad de las personas.
- j) Las consecuencias de actos delictivos, imprudencia manifiestamente temeraria o culpa grave del Asegurado, así como los debidos a su participación en desafíos, apuestas, riñas o peleas que deriven en agresiones físicas, siempre y cuando no hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de bienes o personas.
- k) Los que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o haciendo uso de drogas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, así como de medicamentos no prescritos por el médico. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea



COPIA PARA EL ASEGURADOR

superior a lo establecido legalmente en cada momento o cuando el Asegurado sea sancionado por esta causa.

l) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor, terrestres, aéreos o marítimos, cuando el Asegurado carezca del correspondiente permiso de conducir, SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

m) Los resultantes de la utilización de cualquier medio de navegación aérea en condiciones distintas a las de pasajero ordinario de líneas regulares o vuelos chárter en aviones de más de veinte pasajeros, SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

n) Los producidos por conflictos armados (aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra), revoluciones, insurrección o usurpación de poder y huelgas.

o) Los daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros o cuando dicho Organismo no admita el 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 cuando los daños producidos sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

p) Las consecuencias originadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

q) Los ocurridos en regiones inexploradas y/o en viajes que tengan carácter de exploración.

r) La explosión atómica o efectos directos o indirectos de radioactividad.

s) La práctica de deportes o actividades de ocio tales como las enunciadas a continuación, pero sin limitarse solo a ellas: Submarinismo o pesca submarina a más de 20 metros, deportes de combate o artes marciales, deportes de nieve o de hielo (bobsleigh, trineos, hockey, salto de ski...), descenso de rápidos, puenting, parapente, paracaídas, alpinismo o escalada, lucha, boxeo y espeleología...SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

t) Los siniestros ocurridos durante el ejercicio profesional cuyo desempeño implique: trabajo en alturas superiores a 12 metros, utilización de armas, manipulación de explosivos y / o maquinaria pesada, labores de extinción de incendios y / o salvamento, trabajo con alta tensión, trabajo en alta mar y trabajo en plataformas petrolíferas o gaseoductos.

u) Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona, así como los hechos que no tengan la consideración de accidente.

v) Tendinitis no post-traumáticas, contracturas, desgarros y esguinces musculares, sobreesfuerzo o esfuerzo excesivo

x) Lesiones degenerativas.

y) Dolores de rodilla, así como otros dolores que no tengan origen traumático, tales como dolores de espalda, cuello...

z) Cualquier lesión que no tenga origen traumático. SALVO CUANDO ASÍ QUEDE CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

Artículo 4. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario. Un resumen de las normas que regulan la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se incorpora al final de estas Condiciones Generales.

Artículo 5. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza 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. Las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las 24 horas del día en que ambos requisitos hayan sido cumplimentados.

Artículo 6. DURACIÓN DEL CONTRATO



COPIA PARA EL ASEGURADOR

1. El presente seguro se contrata por el período de tiempo que se fija en las Condiciones Particulares de esta póliza. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en dichas Condiciones Particulares.
2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza y hasta que una de las partes comunique a la otra con 2 meses de antelación a la fecha de vencimiento anual su deseo de no mantener vigente el seguro, la póliza se entenderá prorrogada por el plazo de un año, y así sucesivamente, a la expiración de cada período. **Esta prórroga no es aplicable a los seguros de duración inferior a un año.**

Artículo 7. SINIESTROS

En caso de siniestro, el Asegurado o en su caso el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador y el Asegurado están obligados a aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios que estén a su alcance. El incumplimiento de esta obligación con la intención de perjudicar o engañar al Asegurador liberará a éste de pagar la prestación.

El Asegurado o en su caso el Beneficiario, deberá entregar al Asegurador, para obtener el pago de la indemnización, los documentos justificativos que, según correspondan, se indican a continuación; además de identificación de la cuenta corriente bancaria donde se desee que se transfiera la suma asegurada.

En caso de fallecimiento

- a) Certificado del médico que le haya asistido en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento, Auto del Juzgado de Instrucción o Certificado de defunción del Registro Civil que acrediten como accidental la causa del fallecimiento.
- b) Los documentos que acrediten la condición y personalidad de los Beneficiarios.
- c) La documentación legal exigible en ese momento a efectos tributarios.
- d) Fotocopia compulsada de su Documento Nacional de Identidad.
- e) Certificado de defunción.
- f) Un certificado expedido por el Registro de Actos de Últimas Voluntades y una copia del último testamento del asegurado.
- g) Toda la documentación que el Asegurador razonablemente requiera para acreditar la legitimidad del Beneficiario.

Una vez que los documentos citados sean debidamente remitidos al Asegurador, se efectuará un pago parcial de la prestación por fallecimiento pagadera al Beneficiario. Este pago parcial debe destinarse al pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y, sólo cuando el Beneficiario haya presentado al Asegurador una prueba escrita de la liquidación (o de su exención, si procede) de tal impuesto, recibirá el pago del resto de la prestación por fallecimiento pendiente.

En caso de producirse el accidente fuera del territorio comunitario de los Estados miembros de la Unión Europea, la documentación deberá estar legalizada por el consulado o embajada española en el país correspondiente. **El fallecimiento deberá producirse inmediatamente o dentro del plazo de 18 meses desde que se produjo el accidente y a consecuencia de éste, salvo que se demuestre debidamente que el fallecimiento se ha producido transcurrido 18 meses, sin exceder de cinco años, como consecuencia directa del accidente.**

En caso de Incapacidad Permanente según Baremo

- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. El Asegurador podrá solicitar copia del informe médico de síntesis elaborado por facultativos del INSS, sin perjuicio de que el grado de



COPIA PARA EL ASEGURADOR

invalidez reconocido en virtud de la presente póliza no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente. A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita 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 la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado. Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento. El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.

b) Todos aquellos informes que, en su caso, se estimen necesarios a efectos de valorar la pertinencia de la indemnización

c) Diligencias judiciales completas, si las hubiera.

En caso de Asistencia Sanitaria:

a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.

b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.

c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

d) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

e) Diligencias judiciales completas, si las hubiera.

En todos los supuestos:

Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa, y consecuencias.

El Asegurador abonará, al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo, la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares. En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días a partir de la aceptación de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Artículo 8. SUBROGACIÓN

El Asegurador, con base en los pagos que hubiera efectuado por la cobertura de asistencia sanitaria, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del accidente hasta el límite de la 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. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación, siendo 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 tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés

Artículo 9. NO ASEGURABILIDAD

Se conviene que no son asegurables:

- a) Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

- b) Las personas afectadas de epilepsia, enfermedades neurológicas y / o mentales como Alzheimer, demencia, Parkinson, multiplesclerosis, apnea del sueño o narcolepsia, sordera y / o ceguera total, alcoholismo o toxicomanía.

Artículo 10. PRIMAS

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos. Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

En todo caso, y salvo pacto en contrario en Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación. 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 o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro constarán los procedimientos de cálculo para su determinación. En este último caso, se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.
4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber de declaración del riesgo por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.
 - b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo 11.- DECLARACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberán declarar al Asegurador antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el documento al que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo e igualmente las coberturas y garantías que concurren en otros seguros que se refieran a la misma persona.

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



COPIA PARA EL ASEGURADOR

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

Artículo 12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo hubieran celebrado o lo hubieran concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el 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 días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva. El Asegurador, igualmente, podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Tomador o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado han actuado de 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.

Artículo 13. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado podrán 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 para el Tomador. 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.

Artículo 14 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones de las partes que intervienen en el contrato deberán efectuarse por escrito o por cualquier otro medio indubitado que permita la verificación de la certeza de las fechas de envío y recepción, así como de su contenido.

Artículo 15. DEBER DE INFORMACIÓN DEL TOMADOR

De conformidad con lo previsto en el artículo 106 del Real Decreto 2486/1998, de 20 noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador del seguro se compromete y obliga a suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión a la póliza y durante la vigencia de la misma, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de éstos. A tales efectos, el Tomador se compromete y obliga a informar a los Asegurados del contenido de la Póliza.

Artículo 16. LEY APLICABLE



COPIA PARA EL ASEGURADOR

La Ley Española será la aplicable al presente contrato de seguro. Las presentes condiciones generales sólo serán válidas si van acompañadas de las condiciones particulares.

Artículo 17. QUEJAS Y RECLAMACIONES

1. Cualquier queja o reclamación relativa al contrato o a la gestión de reclamaciones o Siniestros deberá ser dirigida por escrito al Servicio de Atención al Cliente (SAC) de CHUBB, calle Serrano 57, 5º, 28006, Madrid. También en el teléfono 91 308 34 68 Att. Departamento de Atención al Cliente de Accidentes.

En el caso de que su reclamación fuese desestimada o no recibiera respuesta en el plazo de dos meses, podrá formular la correspondiente reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP, en la siguiente dirección: Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid o por medios telemático a través de la Oficina Virtual.

2. El Asegurado podrá acudir directamente a la vía judicial, siendo competentes los tribunales y juzgados del domicilio del Asegurado.

Artículo 18. PROTECCIÓN DE DATOS

El Tomador manifiesta y garantiza al Asegurador que ha informado y recabado el consentimiento de los Asegurados, en los términos previstos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD"), para la cesión al Asegurador de aquellos datos de carácter personal de su titularidad, necesarios para su incorporación a la presente Póliza de Accidentes Colectivo suscrita entre el Tomador y el Asegurador.

En particular, el Tomador deberá suscribir un documento escrito con el Asegurado que contenga la siguiente redacción:

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD"), ponemos en su conocimiento que los datos de carácter personal serán cedidos por el Tomador a CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE, Sucursal en España (en adelante, "CHUBB"), siendo incorporados a un fichero de su responsabilidad. Sus datos serán tratados por CHUBB con la finalidad de formalizar el contrato de seguro, así como para el seguimiento y gestión del producto de seguro contratado, incluida la gestión de las coberturas e indemnizaciones en caso de siniestro".

En caso de siniestro el Asegurado deberá proporcionar a CHUBB determinados datos de salud. El tratamiento de tales datos tiene por objeto determinar si el siniestro se encuentra o no cubierto por la póliza de seguro. Mediante la firma de este documento y conforme a lo establecido en el artículo 7 de la LOPD, el Asegurado presta su consentimiento expreso a que sus datos de salud sean tratados con la finalidad anteriormente indicada.

Sus datos de carácter personal podrán ser cedidos por CHUBB a entidades responsables de ficheros comunes para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora. Sus datos podrán ser igualmente cedidos a responsables de ficheros comunes cuya finalidad sea la prevención del fraude en el seguro. CHUBB pondrá en su conocimiento la primera inclusión de sus datos en los anteriores ficheros.

Ponemos en su conocimiento que sus datos podrán ser cedidos a entidades reaseguradoras con las que CHUBB suscriba un contrato de reaseguro. CHUBB únicamente cederá aquellos datos del Asegurado que sean necesarios para la celebración del contrato de reaseguro.



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Sus datos podrán ser también cedidos a otras entidades del grupo CHUBB pertenecientes al sector asegurador con finalidades relacionadas con el mantenimiento, desarrollo y gestión de la relación contractual establecida en virtud del contrato de seguro.

El Asegurado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante el envío de una comunicación escrita, incluyendo copia de su DNI a la siguiente dirección de CHUBB: Calle Serrano 57, 5º, 28006 MADRID – ESPAÑA.

El Tomador se compromete a mantener indemne al Asegurador frente a cualquier reclamación que traiga causa en el incumplimiento por parte del Tomador, de sus compromisos asumidos bajo el presente artículo 15 del presente Contrato. De este modo, el Tomador abonará la cantidad a la que en concepto de sanción, indemnización, daños, perjuicios, etc. pudiera ser condenado el Asegurador, así como cualesquiera otros gastos que en este sentido se pudieran ocasionar al Asegurador, incluidos los honorarios de defensa jurídica. Las citadas cantidades resultarán exigibles frente al Tomador desde el mismo momento en que el Asegurador las desembolse a cualquier tercero.

Artículo 19. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas (Resolución de 27 de noviembre de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. B.O.E. nº 292, de 7 de diciembre de 2006).

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, aún 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.

I. RESUMEN DE 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 120 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 hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION 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 está disponible en la página «Web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la Entidad Aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, 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.

Artículo 20. ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN

El Tomador reconoce expresamente haber sido informado, con anterioridad a la suscripción del contrato de la información previa establecida en los artículos 53, 60 y 81 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de



COPIA PARA EL ASEGURADOR

Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, el Tomador y los Asegurados manifiestan que han leído, comprendido y aceptado el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos del Asegurado.

Hecho en Madrid, en la fecha que figura en las Condiciones Particulares.

EL TOMADOR:

EL ASEGURADOR:



Marta Gómez-Llorente
Directora General

COPIA PARA EL ASEGURADOR
DEVOLVER FIRMADA