



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - FEDERACIONES

PÓLIZA NÚMERO: : **145548**

CONDICIONES PARTICULARES

La información facilitada por el Tomador del Seguro en la Solicitud de Seguro y sus Anexos, constituyen la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones, incluyendo el cálculo de la prima y el motivo esencial por el que los Aseguradores celebran este contrato. Si al prestar dicha información, se hubiera incurrido en reserva o inexactitud, se quebraría el equilibrio contractual.

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrán 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.

El Tomador del Seguro / Asegurado declara que de conformidad con el cuestionario facilitado por el Asegurador, ha declarado todas las circunstancias que puedan ser de relevancia para la valoración del riesgo asegurado a la fecha de la Solicitud de Seguro.

Los términos y cláusulas de las presentes Condiciones Particulares prevalecerán en todo caso las de las Condiciones Generales y Especiales, en caso de contradicción o incompatibilidad entre unas y otras.

I. TOMADOR DEL SEGURO / ASEGURADO / BENEFICIARIO.-

TOMADOR DEL SEGURO: FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE ORIENTACIÓN

Domicilio: Calle Alemania , nº 30, entresuelo dcha.
03003 Alicante

C.I.F./ N.I.F.: G83774109

ASEGURADO: Grupo 1 Federados anuales: 2.800
Grupo 2 Licencias temporales de 1 a 3 días: 8.000
Grupo 3 Licencias temporales de 4 a 7 días: a indicar

Sistema de identificación vía ficha federativa.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





BENEFICIARIO: Los designados por la persona asegurada. En su defecto, sus herederos legales.

II. ACTIVIDAD.-

Federación Española de Deportes de Orientación, estando el federado legalmente habilitado para su ejercicio, y en cumplimiento de los requisitos que para el ejercicio de esta actividad se exigen en cada momento.

III. ASEGURADOR.-

MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA

De acuerdo con los artículos 81, 53, 60 y concordantes de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y del Reglamento que lo desarrolla, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, Edificio Torre Picasso, 28020 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro y, la Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

a. Instancias internas de reclamación:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D. Jorge Jiménez Muñiz
c/Almagro, 21-2ª Planta
28010 Madrid
Teléfono: 91 556 19 78
Fax: 91 556 27 74
E-mail: atencionclientemarkel@gmail.com

b. Instancias externas de reclamación:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

IV. CORREDOR DE SEGUROS.-**HOWDEN IBERIA, S.A.**

Domicilio: C/ Montalbán, 7 Planta 6 Y 7
28014 Madrid

Teléfono: 91 429 96 99
Fax: 91 369 21 82

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





V. RIESGO ASEGURADO.-

El presente seguro cubre los accidentes sufridos con motivo de la práctica oficial de los Deportes recogidos en el apartado II de "Actividad" y cuyo Tomador del Seguro ha suscrito la presente Póliza en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio. En tal sentido las Pólizas suscritas dan cobertura a las lesiones derivadas de ACCIDENTE DEPORTIVO, es decir, toda lesión producida por traumatismo puntual, violenta, súbita y externa durante la práctica deportiva.

Ampliación de coberturas del Real Decreto 849/1993:

- Auxilio al fallecimiento en caso de menores de 14 años, la indemnización será en concepto de gastos de sepelio por un importe de 2.255 Euros.
 - Fallecimiento en la práctica deportiva pero sin causa directa del accidente deportivo: 1.875 Euros.
 - Gastos de rescate en territorio del Estado Español, búsqueda y traslado del deportista, hasta 6.010 euros, por el conjunto total de los tres apartados y de todos los deportistas implicados en el mismo siniestro.
 - Gastos originados por tratamientos ortésicos: Incluidos
 - Gastos originados por Odonto-estomatología hasta 600 euros
- Primas anuales por grupos:

Grupo 1: 6,60 Euros (7,02 euros de prima total).

Grupo 2: 0,55 Euros (0,59 euros de prima total).

Grupo 3: 1,50 Euros (1,60 euros de prima total).

Trimestralmente se realizará regularización de asegurados comunicados del grupo 2 y 3.

En contra de lo estipulado en el Art. 4º Apartado 1. de las Condiciones Generales, no se aplicará límite de edad siempre y cuando el Asegurado tenga su licencia en vigor y al corriente de pago.

VI. PERIODO DE SEGURO.-

Desde (Fecha de toma de efectos): 01 de enero de 2014 a las 00.00 horas

Hasta (Fecha de Vencimiento): 31 de diciembre de 2014 a las 24.00 horas

Queda expresamente acordado que, a su vencimiento, el seguro quedará sin efecto, no siendo de aplicación el régimen de prórroga establecido en el artículo 22 de la Ley del Contrato de Seguro. Lo anterior se entiende sin perjuicio de que las partes puedan, mediante un nuevo convenio contractual, acordar la renovación de todas o algunas de las coberturas contratadas por un nuevo periodo contractual.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





VII. COBERTURAS Y CAPITALS POR PERSONA.-

COBERTURAS

Muerte por accidente

Invalidez absoluta y permanente por accidente

Invalidez permanente parcial por accidente

Asistencia sanitaria por accidente

CAPITALES

9.000,00 €

20.000,00 €

según baremo incluido

Ilimitada en centros concertados.

El límite máximo de indemnización para todas las coberturas anteriormente relacionadas será de 600.000,00 € por siniestro y evento, cualquiera que fueran las coberturas afectadas. En ningún caso se indemnizará por un siniestro una cantidad superior a la anterior.

En el caso de un siniestro que supere dicho importe, este se repartirá proporcionalmente entre el número total de víctimas.

En ningún caso las prestaciones otorgadas por la Póliza vienen a asegurar mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social, por lo que al Contrato de Seguro no le será de aplicación lo dispuesto en el Art. N° 115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio.

En el caso de que las consecuencias derivadas de un accidente cubierto por el presente contrato se agravaran a causa de una enfermedad o dolencia preexistente o posteriores al mismo pero de distinto origen, el Asegurador quedará exclusivamente obligado por aquellas consecuencias directas, considerándose como tales las que normalmente experimentaría una persona que no adoleciera de tal enfermedad o no padeciera dicha dolencia.

Las coberturas y capitales anteriormente indicados, no son acumulables.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





VIII. PRIMA.-

PRIMA NETA:	6,60 €	Por asegurado
Prima Neta Periodo:	18.480,00 €	
I.P.S. 6,00%	1.108,81 €	
R.C.C.S. 0,15%	27,72 €	
C.C.S. 0,005‰ (sobre capital asegurado)	280,00 €	
PRIMA TOTAL:	19.896,53 €	

IX. ÁMBITO TERRITORIAL Y JURISDICCIONAL.-

España

X. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES A LA PÓLIZA.-

- Asistencia Sanitaria como Consecuencia de Accidente Deportivo (según texto adjunto)
- REAL DECRETO FEDERACIONES DEPORTIVAS (según texto adjunto)
- Anexo de Garantía de Pago Trimestral (según texto adjunto)

Las coberturas aseguradas no son acumulables

Quedan excluidas las condiciones preexistentes

Queda entendido que al inicio de la Cobertura no se encuentra ninguna persona en situación de enfermedad grave y/o permanente y no tiene mutilaciones o defecto físico.

Queda entendido que al inicio de la Cobertura no se encuentra ninguna persona en situación de incapacidad temporal a la fecha de formalización del contrato.

La Prima deberá ser pagada dentro de los 30 días siguientes al efecto del Contrato.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador.

Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/Titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no sea necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

El Tomador del Seguro/Asegurado declara haber recibido la oportuna información relativa a la Legislación aplicable al Contrato de Seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en estas mismas Condiciones Particulares.

Igualmente, y como acuerdo adicional a las presentes Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro/Asegurado, declara haber recibido las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, y que ha leído, estudiado y entendido el contenido y la extensión de todas aquellas, y, especialmente, de las que, debidamente resaltadas en negrita, pueden tener un alcance limitativo de sus derechos y que está conforme y acepta expresamente las mismas.

Para que quede constancia el Tomador de Seguro/Asegurado firma el documento.

En Madrid a 18 de diciembre de 2013

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Asistencia Sanitaria como Consecuencia de Accidente Deportivo

Con las siguientes Condiciones

- a) **Asistencia médico quirúrgica y sanatorial, en el territorio nacional, durante un periodo máximo de 18 meses y en cuantía Ilimitada.**
- b) **Asistencia farmacéutica en regimen hospitalario, durante un periodo de 18 meses y en cuantía ilimitada.**

No obstante, regirán las siguientes limitaciones:

- i) **Material ortopédico, de carácter curativo, no preventivo necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza: 100% de su coste**
- ii) **Los gastos de odonto-estomatología necesarios a consecuencia de accidente cubierto por la Póliza se limitan a 400,00 €.**
- iii) **Asistencia sanitaria prestada fuera de territorio español: 6.010,12 €**

GASTOS originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la Póliza de Seguro, dentro de territorio nacional, en caso de englobarse el caso dentro de la definición de Urgencia definida en estas condiciones.

Alcance del seguro

Dentro de las garantías del seguro, se incluyen los accidentes corporales por lesiones ocurridos en competiciones, durante el partido y calentamiento, en entrenamientos organizados por clubs, e incluso in itinere.

En este último supuesto esta cobertura garantiza el exceso, defecto o insuficiencia de cualquier otra Póliza de seguros que pudiera estar contratada sobre el vehículo siniestrado o cualquier otro medio de locomoción.

Riesgos excluidos

Se considerarán accidentes excluidos, y no serán atendidos por la Aseguradora, los ocurridos en las siguientes circunstancias:

1. **Cuando no se cumplan las condiciones anteriores o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad.**
2. **Cuando se produzcan como derivación de una enfermedad, anomalía orgánica previa al accidente, incompatible o no con la práctica de su deporte**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





3. Cuando se produzcan en estado de drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, reyerta o tentativa de suicidio o cuando medie malicia propia o culpa grave. Sin perjuicio de que la Aseguradora inicie las acciones que procedan.
4. Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las Leyes, Ordenanzas y Reglamentos deportivos.
5. Cuando se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte, salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo o intervención económica de las Comunidades Autónomas o Consejo Superior de Deportes y Federaciones o con otras instituciones siempre que figuren en Convenio.
6. Cuando el accidente esté cubierto por otra Póliza contratada por el asegurado debido a su condición de profesional. En todo caso los profesionales que no teniendo otra cobertura específica hagan uso de la presente Póliza estarán sometidos a las prestaciones sanitarias en clínicas y médicos concertados por la compañía aseguradora, quedando excluido de las garantías de la Póliza, para todos los asegurados, la libre elección.
7. Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recibidas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidentes tramitado.
8. Para tendinitis, lumbalgias, sobrecargas musculares, y distensiones musculares de carácter deportivo únicamente serán cubiertas las mismas en su fase aguda.
9. Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.
10. Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte, sino con actividades profesionales paralelas.
11. Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.
12. En caso de presentar lesiones degenerativas aún cuando estas se hayan producido por la práctica deportiva, tales como osteocondritis, artrosis, tendinosis, etc.
13. No tendrán cobertura dentro de la Póliza cualquier tipo de hernias (inguinales, discales, etc).
14. Los accidentes sufridos por el Asegurado cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

Para la garantía de asistencia sanitaria, no serán satisfechos por la Aseguradora los gastos producidos por:

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





1. **Todo el material prescrito en servicios ajenos a la aseguradora.**
2. **El material ortopédico (ortésico) prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes, sean deportivos o no.**
3. **El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.**
4. **Los gastos derivados de la rehabilitación en los siguientes casos:**
 - a) **Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de la higiene postural.**
 - b) **Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza.**
 - c) **Los masajes relajantes y anti estrés.**
 - d) **Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.**
 - e) **Los gastos por enfermedades crónicas músculo tendinosas, reumáticas y degenerativas.**
 - f) **La potenciación muscular.**
 - g) **Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.**

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SE MANTIENEN INALTERADOS.

El Tomador/Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del contrato de seguro y del presente Anexo y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran ser limitativas para sus derechos; Y para que conste su expresa conformidad con las mismas y en plena aceptación, el Tomador del Seguro/Asegurado estampa su firma a continuación.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





REAL DECRETO FEDERACIONES DEPORTIVAS

La presente póliza se rige por lo dispuesto en el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas a cubrir por el Seguro Obligatorio para Deportistas Federados.

Anexo

Prestaciones mínimas a cubrir por el seguro obligatorio para deportistas federados:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límite de gastos, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente.
2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de dieciocho 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 dieciocho meses desde la fecha del accidente.
4. Los gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciocho meses desde la fecha 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 €, y con un límite temporal de hasta dieciocho 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.
6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo para los grandes inválidos (tetraplejía), de 12.020,24 €.
7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe no inferior a 6.010,12 €.
8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.803,04 €.
9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe mínimo del 70 por 100 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 € como mínimo.
11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





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.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SE MANTIENEN INALTERADOS.

El Tomador/Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del contrato de seguro y del presente Anexo y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran ser limitativas para sus derechos; Y para que conste su expresa conformidad con las mismas y en plena aceptación, el Tomador del Seguro/Asegurado estampa su firma a continuación.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Anexo de Garantía de Pago Trimestral

La prima correspondiente al presente contrato es una **prima única** aplicable a la totalidad del período de seguro. No obstante, y con el único objeto de facilitar el pago de la misma, por el presente anexo se acuerda su **FRACCIONAMIENTO** conforme a las siguientes condiciones:

- 1) Se acuerda una forma de pago **TRIMESTRAL**.
- 2) La fracción de prima correspondiente al primer trimestre deberá ser liquidada al Asegurador en los 30 días siguientes a la fecha de emisión de la póliza o cualquier suplemento que genere una prima, y las sucesivas deberán ser liquidadas en los 15 días siguientes a la fecha en que se cumplan cada uno de los trimestres desde la fecha de efecto de la póliza o del suplemento.
- 3) Se acuerda expresamente que el fraccionamiento de la prima está **CONDICIONADO** a la no notificación de siniestros durante el período. En caso de notificación de siniestro devendrá automáticamente exigible el pago de la parte de la prima que no se haya abonado, y el tomador dispondrá de un máximo de 7 días desde la notificación del siniestro para realizar el pago, estableciéndose que la tramitación y liquidación del siniestro está sujeta al previo abono de la totalidad de la prima.
- 4) En caso de no producirse el pago dentro de los plazos correspondientes a cada supuesto, el asegurador podrá optar entre resolver el contrato, quedando liberado en relación con cualquier siniestro que se haya notificado durante el período, o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SE MANTIENEN INALTERADOS.

El Tomador/Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del contrato de seguro y del presente Anexo y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran ser limitativas para sus derechos; Y para que conste su expresa conformidad con las mismas y en plena aceptación, el Tomador del Seguro/Asegurado estampa su firma a continuación.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Seguro de Accidentes Personales

**Accidentes Personales
Septiembre 2012**

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES

PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se haya ubicada 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, 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.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Asegurado, así como, en su caso, la proposición del Asegurador, constituyen, en unión de esta Póliza, un todo unitario, fundamento del seguro, cuya cobertura cubre exclusivamente, y dentro de los límites pactados, los riesgos en aquella especificados.

En atención a lo previsto en el artículo 8 de la ley 50/1980 de contrato de seguro, se hace constar que si el contenido de la Póliza difiere del de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, podrá dirigirse al Asegurador al objeto de que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CLÁUSULAS

Art. 1º INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza. Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

- a) Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir, por error o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos, siempre que no se trate de productos alimenticios o medicamentos prescritos por el médico.
- b) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado, y siempre que quede fehacientemente demostrada la relación causa-efecto.
- c) Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





- d) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza, o si sobreviene un accidente, según la definición del apartado Definiciones, por culpa, negligencia o dolo del facultativo que las practica o prescribe o de sus ayudantes, y siempre que la responsabilidad civil o penal sea fijada por sentencia firme.
- e) Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos para el salvamento de personas o bienes.
- f) En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas. No obstante, los gastos de asistencia sanitaria en el extranjero se limitan a la cantidad de 6.000 (seis mil) euros.

Si el Asegurado traslada su residencia al extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

Tomador del Seguro: 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.

Asegurado: cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

Asegurador: Markel International Insurance Company Ltd., Sucursal en España, que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

Coaseguradores: los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.

Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada. Si no hubiera designación expresa, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán, por orden:

- 1º Cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida, del Asegurado.
- 2º Hijos del Asegurado.
- 3º Padres del Asegurado.
- 4º Herederos legales del Asegurado.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

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; las Especiales, si procedieran; los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, y la Solicitud Cuestionario que sirvió de base para la emisión del seguro.

Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. El precio se fija teniendo en cuenta las condiciones de la póliza, con todas sus coberturas, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo declarado por el Tomador del Seguro.

Franquicia deducible: es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una Indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.

Carencia: el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

Sublímites: en el caso de que en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de la póliza se establezca algún sublímite, éste se entenderá que es parte integrante del límite de indemnización y no adicional al mismo.

Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. **En ningún caso se considerará accidente:**

- **El infarto de miocardio, la apoplejía o accidente cerebrovascular,** entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.
- **Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas calificadas como tales por la Seguridad Social,** lumbagos, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbooso (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

Accidente de circulación: se entiende como tal el accidente que sobreviene al Asegurado en su calidad de:

- Peatón en vía pública, causado por un vehículo a motor.
- Conductor o pasajero de un vehículo a motor terrestre.
- Usuario de transportes públicos terrestres o marítimos, cuando no sean pertenecientes al personal de explotación de los mismos.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Accidente laboral: toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo u ocupación profesional habitual que ejecute por cuenta propia o ajena.

Accidente no laboral: toda lesión corporal que el Asegurado sufra en su vida privada y particular quedando, por tanto, excluidos los accidentes laborales y el riesgo in-itinere.

Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

Grupo asegurable: conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta al propósito de asegurarse.

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.

Fecha del siniestro: aquella en que se produce el riesgo previsto y garantizado en póliza que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

Centro Hospitalario: establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran Centros Hospitalarios: Los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.

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.

Límite por periodo de seguro: importe máximo de las prestaciones por todos los siniestros ocurridos durante el periodo convenido de seguro. Éste no podrá exceder de de la suma asegurada fijada en las Condiciones Particulares.

Límite por siniestro: el límite máximo de indemnización a cargo de Markel International Insurance Company Ltd., Sucursal en España por cada siniestro. Aún cuando, como consecuencia de un mismo hecho resultasen afectadas diversas garantías de la póliza, no podrá exceder de la suma asegurada reflejada en las Condiciones Particulares.

Hora de Inicio y Fin de las coberturas: la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Art. 2º OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales, con las limitaciones asimismo indicadas en las mismas.

Art. 3º EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

Por el presente contrato, y dentro de los límites, términos y condiciones en él estipuladas, el Asegurador se obliga a satisfacer al Beneficiario las indemnizaciones que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza en caso de accidente sufrido por el Asegurado, tanto en el ejercicio de su actividad profesional como en los actos de su vida particular.

En ningún caso el Asegurador abonará indemnización alguna, por accidentes producidos con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza.

3º. 1 MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios, que estarán designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del Asegurado.

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 (seis mil) euros.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

3º. 2 INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. 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 el 100% del Baremo. Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad de 65 años.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

Quando como consecuencia de las lesiones derivadas de un accidente cubierto por la Póliza, haya de soportar el Asegurado secuelas calificadas de Invalidez Permanente comprobada y fijada en el término de un año desde la ocurrencia del accidente, el Asegurador satisfará la indemnización que corresponda de acuerdo con el siguiente baremo, en el que las cifras porcentuales están referidas al capital garantizado para esta cobertura en las Condiciones Particulares:

Incapacidad Permanente

Incapacidad Permanente Absoluta	100%
--	-------------

El porcentaje del capital asegurado, regulado en el apartado nº 3 de las Condiciones Particulares, respecto de la Pérdida o Pérdida de uso de un ojo/s y/o miembros, será el siguiente:

Pérdida de los dos brazos y de las dos manos	100%
Pérdida completa de la visión de los dos ojos	100%
Sordera traumática completa de los dos oídos	100%
Mudez absoluta	50%
Pérdida de un brazo y de una pierna	100%
Pérdida de un brazo y un pie	100%
Pérdida de una mano y una pierna	100%
Pérdida de las dos piernas	100%
Pérdida de los dos pies	100%

Incapacidad Parcial Permanente

El capital asegurado respecto de Incapacidad Permanente Total será de aplicación igualmente para calcular la indemnización correspondiente a Invalidez Permanente Parcial respecto de Cabeza, Miembros Superiores e Inferiores según los siguientes porcentajes.

Cabeza

Pérdida de la sustancia del cráneo en todo su espesor	50%
Superficie de 6 cm como mínimo	40%
Superficie de 3 a 6 cm	20%
Superficie inferior a 3 cm	10%
Pérdida parcial de los dientes inferiores, totalmente o por la mitad del hueso maxilar.	40%
Pérdida de un ojo	40%
Sordera completa de un oído	30%

Columna Vertebral

Paraplejia	100%
Cuadrolejia	100%
Limitación de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones Neurológicas ni deformaciones graves de columna : 3% por vértebra afectada	Con un máximo del 20%

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Síndrome de Barré-Lieou	10%
--------------------------------	------------

Tórax, abdomen y aparato genito-urinario

Pérdidas de un pulmón o reducción al 50% de la capacidad pulmonar	20%
Hernia diafragmática	10%
Nefrectomía	10%
Esplenectomía	5%
Ano contra natura	20%

Aparato Genital

Pérdida funcional de un testículo	6%
Pérdida funcional de los dos testículos	24%
Pérdida anatómica de un testículo	14%
Pérdida anatómica de los dos testículos	36%
Pérdida parcial del pene en la medida que afecte a la micción	14 al 27%
Pérdida total del pene	38%
Pérdida anatómica de un testículo	16%
Pérdida anatómica de los dos testículos	38%
Pérdida de una mama en la mujer	14%
Pérdida de dos mamas en la mujer	31%
Pérdida de otras glándulas y su funcionalidad total:	-----
■ Salivares	13%
■ Tiroides	14%
■ Paratiroides	14%
■ Pancreática	25%
Pérdida de bazo	14%
Pérdida de un riñón	24%

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Miembros Superiores

	Derecho	Izquierdo
Amputación de cuatro dedos, excepto el pulgar	40%	35%
Amputación del dedo corazón	10%	5%
Amputación de un dedo distinto del dedo pulgar, del dedo índice y del dedo corazón	7%	3%

Miembros Inferiores

Amputación del muslo (de la mitad para arriba)	60%
Amputación del muslo (de la mitad para abajo) y de la pierna	50%
Pérdida total de un pie (desarticulación tibio-tarsiana)	45%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación superior del hueso del tobillo)	40%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación medio-tarsiana)	35%
Pérdida parcial de un pie (desarticulación tarso-metatarsiana)	30%
Parálisis total del miembro inferior (lesión incurable del nervio)	60%
Parálisis completa del ciático popliteo externo	30%
Parálisis completa del ciático popliteo interno	20%
Parálisis completa de dos nervios (popliteo externo e interno)	40%
Anquilosis de la cadera	20%
Anquilosis de la rodilla	20%
Pérdida de la sustancia ósea del muslo o de dos huesos de la pierna (situación incurable)	60%
Pérdida de la sustancia ósea de la rodilla con separación considerable de fragmentos y considerable dificultad de estiramiento de la pierna	40%
Pérdida de la sustancia ósea de la rodilla preservando la capacidad de movimiento	20%
Acortamiento de un miembro inferior, de 5 cm por lo menos	30%
Acortamiento de un miembro inferior, de 3 a 5 cm.	20%
Acortamiento de 1 a 3 cm	10%
Amputación total de los dedos del pie	25%
Amputación de los cuatro dedos del pie, incluyendo el gordo	20%
Amputación de cuatro dedos del pie	10%
Amputación del dedo gordo del pie	10%
Amputación total de los dedos del pie	5%

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





	Derecho	Izquierdo
Pérdida de un brazo o una mano	60%	50%
Pérdida de la sustancia ósea de un brazo (lesión incurable y definitiva)	50%	40%
Parálisis total del miembro superior (lesión incurable de los nervios)	65%	55%
Parálisis total del nervio circunflejo	20%	15%
Anquilosis de los hombros	40%	30%
Anquilosis del codo en posición correcta (15 grados alrededor del ángulo correcto)	25%	20%
Anquilosis de la cintura en mala posición (flexionada o en posición forzada o en supinación)	40%	35%
Pérdida extensiva de la sustancia ósea de los dos huesos del antebrazo (lesión definitiva e incurable)	40%	30%
Parálisis total del nervio mediano	45%	35%
Parálisis total del nervio radial al nivel del canal de torsión	40%	35%
Parálisis total del nervio radial del antebrazo	30%	25%
Parálisis total del nervio radial de la mano	20%	15%
Parálisis total del nervio cubital	30%	25%
Anquilosis de la cintura en posición correcta (posición derecha y en pronación)	20%	15%
Anquilosis de la cintura en mala posición (flexionada o en posición forzada o en supinación)	30%	25%
Pérdida total del dedo pulgar	20%	15%
Pérdida parcial del dedo pulgar (falange)	10%	5%
Anquilosis total del dedo pulgar	20%	15%
Amputación total del dedo índice	15%	10%
Amputación de dos falanges del dedo índice	10%	8%
Amputación falange del dedo índice	5%	3%
Amputación simultánea del dedo pulgar y del índice	35%	25%
Amputación del dedo pulgar y de otro dedo que sea distinto al índice	25%	20%
Amputación de dos dedos que sean distintos al pulgar y al índice	12%	8%
Amputación de tres dedos que sean distintos al pulgar y al índice	20%	15%
Amputación de cuatro dedos incluyendo el pulgar	45%	40%
Amputación de un dedo del pie distinto al dedo gordo	3%	3%

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





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%.

Defectos físicos existentes antes del accidente:

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

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.

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.

- a) Por pérdida total de un miembro u órgano afectado se entiende la amputación o impotencia funcional definitiva y total del mismo.
- b) Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
- c) Las indemnizaciones se realizarán únicamente por la consecuencia directa y exclusiva de un accidente. La influencia que en el accidente puedan haber ejercido enfermedades extrañas a él, así como los perjuicios que tales enfermedades puedan acarrear a la curación de las lesiones ocasionadas por el accidente, no son indemnizables.
- d) Si después de fijada la incapacidad sobreviene el fallecimiento del asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco días siguientes al accidente y como causa directa del mismo, las cantidades satisfechas por Markel International Insurance Company Ltd., sucursal en España se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- e) Quedan fuera de la tabla y no serán indemnizables, las cicatrices, secuelas estéticas y deformidades carentes de significación funcional.
- f) Si antes del accidente el asegurado presentaba defectos corporales, la incapacidad causada por dicho accidente no podrá ser clasificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.
- g) Si el asegurado fuera zurdo y si así lo hubiera declarado en la solicitud, los porcentajes de incapacidad previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
- h) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.
- i) En caso de incapacidad permanente sobrevenida al asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la póliza que deje lesiones corregibles mediante la prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad de 150,00 euros.

3º. 3 INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de la Invalidez Absoluta y Permanente sufrida por el asegurado, derivada de accidente cubierto por la póliza.

Se entiende como Invalidez Absoluta y Permanente Absoluta, aquella que incapacita definitivamente al asegurado para seguir desarrollando cualquier tipo de trabajo, con independencia de su profesión.

Este grado de Invalidez deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3º. 4 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE

Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de Invalidez Permanente Total sufrida por el asegurado, derivada de un accidente cubierto por la póliza.

Se entiende como Invalidez Permanente Total la incapacidad definitiva del asegurado para seguir desarrollando la profesión que ejercía en el momento del accidente.

Este grado de Invalidez deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





3º. 5 GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE

Se garantiza la prestación pactada como consecuencia de la Gran Invalidez sufrida por el asegurado, derivada de accidente cubierto por la póliza.

Se entiende como Gran Invalidez, la incapacidad del asegurado para atender las necesidades más imprescindibles de la vida diaria (tales como comer, desplazarse, vestirse y análogas), precisando de los cuidados de otra persona para su atención.

Este grado de Incapacidad deberá ser declarado legalmente como tal por la Autoridad Laboral correspondiente.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

En caso de que se hayan contratado varios tipos de Invalidez Permanente, no serán acumulables las indemnizaciones que pudieran corresponder por la aplicación de varias de ellas.

Se exceptúan las coberturas con capital añadido en caso de accidente de circulación.

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.

3º. 6 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, **siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en territorio nacional.**

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, **y dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro**, el Asegurado precisara de Asistencia Sanitaria, el Asegurador reembolsará la totalidad de los gastos médico-farmacéuticos en Centros Concertados por el Asegurador, según se relacionan en Condiciones Particulares.

En aquellas poblaciones en las que no existieran Centros Concertados, se reembolsará al asegurado el importe de los gastos ocasionados, tomando como límite las tarifas vigentes de Accidentes de Trabajo en España.

La duración de la prestación será igual a la duración de la póliza y, en todo caso, con el límite máximo de un año y mínimo de treinta días.

Se consideran incluidos dentro de los gastos anteriormente mencionados:

1. Los que sean consecuencia de primeros auxilios o derivados de las necesarias asistencias de carácter urgente.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



2. Los de locomoción y rehabilitación del Asegurado cuando fueran motivados por necesidades de curación y autorizados por el Asegurador o por los médicos designados por éste.
3. Los gastos derivados del mantenimiento artificial de las constantes vitales durante **un periodo máximo de 60 días. A partir de dicho momento se indemnizará con el capital mayor de los contratados en la garantía de Incapacidad Permanente, independientemente del grado de reversibilidad de la situación.**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

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

3º. 7 MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Si a consecuencia de un infarto de miocardio se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios, que estarán designados en la póliza, en una posterior declaración escrita dirigida al Asegurador o en testamento. En defecto de todo ello, a los herederos legales del asegurado.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de Incapacidad Permanente como consecuencia del infarto que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta fuera superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3º. 8 PRESTACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario de la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de fallecimiento por accidentes, si se produce el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia del mismo.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3º. 9 PRESTACIÓN ADICIONAL POR INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Invalidez Permanente Absoluta, si se produce la invalidez absoluta y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





3º. 10 PRESTACIÓN ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Invalidez Permanente Total, si se produce la invalidez total y permanente del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

3º. 11 PRESTACIÓN ADICIONAL POR GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

La entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, adicionalmente a la prestación de Gran Invalidez, si se produce la gran invalidez del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal invalidez es consecuencia del mismo.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

Riesgos Excluyentes:

Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, tendrán carácter excluyente entre sí los riesgos de fallecimiento del asegurado e invalidez total y permanente, invalidez absoluta y permanente y gran invalidez.

A estos efectos, la entidad aseguradora abonará únicamente la prestación derivada del evento que suceda en primer lugar. Quedarán así pues, automáticamente extinguidas, en la fecha del primer suceso, las prestaciones contratadas para cubrir cualquier otro evento.

Igualmente, resultará excluyente e incompatible entre sí, la percepción de las prestaciones por invalidez total y permanente y por invalidez absoluta y permanente y gran invalidez, debiendo abonar la entidad aseguradora únicamente la prestación asegurada correspondiente a la situación de invalidez de grado superior que presente el asegurado. Quedarán automáticamente extinguidas, en la fecha en que se manifieste la primera de las citadas situaciones de invalidez, las prestaciones contratadas para cubrir la/s restante/s.

No obstante lo anterior y siempre que así se establezca en Condiciones Particulares, en el caso de que el grado de invalidez fuera revisado y se considerara que debe ser superior en grado y desde la misma fecha al inicialmente reconocido, se considerará al asegurado en el grado de invalidez superior, abonando la entidad aseguradora la diferencia en su caso proceda entre las prestaciones aseguradas para ambos grados.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Art. 4º EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1. Personas no asegurables:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.

El seguro cesará cuando dichas enfermedades se manifiesten, devolviendo el Asegurador la parte de prima anual satisfecha por el tiempo no transcurrido.

Las personas menores de 14 años y mayores de 70 años.

Salvo pacto en contrario, al finalizar cada periodo de seguro, causarán baja como asegurados aquellos que durante el mismo hayan cumplido la edad de setenta años de edad.

La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.

2. Riesgos excluidos:

- a) Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera Accidente a efectos de esta póliza.
- b) Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona, así como los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el apartado de Definiciones.
- c) Enfermedades, epidemias y todo tipo de procesos cuyo origen sea infección por picadura de insectos (malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares).
- d) No se considerarán indemnizables los hechos que produzcan exclusivamente efectos psíquicos.
- e) Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.
- f) Aneurismas, ictus, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.
- g) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- h) Suicidio o tentativa de suicidio, así como actos intencionados del Asegurado contra su integridad física. Asimismo, los ocasionados a consecuencia de un acto doloso o delictivo del Asegurado.
- i) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- j) Accidentes producidos con motivo de encontrarse el asegurado bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes. Asimismo se excluyen los accidentes de circulación cuando el asegurado conduzca con un índice de alcohol superior al legalmente fijado en cada momento.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



- k) La participación de la persona asegurada en viajes aéreos, exceptuando los realizados como pasajero de pago en vuelo comercial con licencia.
- l) Práctica profesional, o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; así como la participación no profesional en carreras de vehículos de motor y la práctica de boxeo, artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y de submarinismo, deportes aeronáuticos, esquí y deportes en la nieve, alpinismo y los definidos como deportes o actividades de riesgo, tales como puenting, rafting o descenso de barrancos; caza mayor fuera de España, toreo y encierro de reses bravas. Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos: Artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y esquí de nieve.
- m) Uso de aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros. Accidentes sufridos como tripulante de cualquier tipo de medio de transporte aéreo, público o privado.
- n) Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- o) Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente.
- p) Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera de territorio español debidos a dichas causas, salvo terrorismo, no quedarán excluidos si el Asegurado se halla en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse quince días desde el inicio de dicha situación anómala.
- q) Los accidentes sufridos por el Asegurado cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

Art. 5º. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

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.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados y también, para los seguros de personas, 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 disposiciones complementarias.

I. 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 o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.**
- d) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- g) 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.
- h) 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.
- i) Los causados por mala fe del asegurado.
- j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- k) 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.
- l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





3. Franquicia

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdidas de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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 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 está 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 o lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



Art. 6º SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

a) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda:

- **En caso de Muerte por accidente:**

- a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
- c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
- d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo.

Si no existe designación expresa, certificado del Registro de Últimas Voluntades y copia del último testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

- **En caso de Muerte por infarto:**

La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

- **Común a todos los casos de Muerte del Asegurado:**

A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado. Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto.

El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

- **En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (incluida Progresiva):**

- a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes. 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.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





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) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

• **En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:**

a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.

b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al asegurado.

c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.

• **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.

• **En caso de Invalidez Temporal:**

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

b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atiende.

• **En caso de Hospitalización y Convalecencia:**

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

b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





- **En todos los supuestos:**

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

b) Pago De La Indemnización:

La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación garantizada en el plazo de cinco días en caso de Muerte o Incapacidad Permanente.

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

Art. 7º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

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 en las Condiciones Particulares 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 o del Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

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 Condición Particular, 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 a la primera, 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 periodo 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 o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





Art. 8º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de seguro o 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.

Art. 9º. PRIMAS REGULARIZABLES

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 del artículo 10.4 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.

Art. 10º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes **Condiciones Generales** del contrato de seguro tienen, **al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley** aplicables a su contenido, para que su **consulta** pueda ser hecha, si se desea, con la máxima **precisión y facilidad**.

Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





EL **Órgano de Control**, que es la **Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda**, que **supervisa la actividad** en virtud de la competencia que corresponde al **Reino de España**, Estado miembro del **Espacio Económico Europeo**.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

10º. 1 Documentación y formalización del contrato de seguro

- a) El Asegurador **confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario** dadas por el Tomador del Seguro y **aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones** hechas por el mismo, por lo que **las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato**.
- b) **El Tomador debe leer y comprobar** atentamente los **términos y condiciones de su póliza** y, en su caso, **pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza**.
- c) Si la **póliza es conforme**, el **Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta**.
- d) **El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima**.
- e) **Sólo** si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

10º. 2 Duración del contrato de seguro

- a) La duración del contrato se fija desde las 00:00 horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización.
- b) Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática.
- c) Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.
- d) Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual, deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



e) Casos que pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento:

- cuando se produzca una **agravación del riesgo**.
- cuando haya habido **reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos)**.

Si es el Asegurador quien rescinde, prorroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida.

El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

10º. 3 Modificación del contrato de seguro

- a) **Cualquier modificación** que se produzca en el **contenido de las respuestas** que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe **ser comunicada** al Asegurador **a la mayor brevedad**, por si es necesario **adaptar la póliza a la nueva situación**.
- b) Así, las **agravaciones o disminuciones del riesgo, deben ser comunicadas** por el Tomador del seguro, normalmente **en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata**.
- c) La **respuesta** del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el **mismo plazo de 15 días, salvo** cuando se trata de **agravación del riesgo**, caso en que dispone de **dos meses para proponer la modificación** del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador **no haga uso previamente de las facultades de rescisión** señaladas en el Apartado anterior.
- d) Cuando se produce una **disminución del riesgo**, el Tomador del Seguro **tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima**.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

10º. 4 Actuación en caso de siniestro

- a) **Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias** del mismo.
- b) El **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar** al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, **la ocurrencia** del siniestro, sus **circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días**.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





- c) **Inmediatamente**, el Asegurador **procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.**
- d) **Una vez pagada la indemnización**, en muchas ocasiones el **Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables** del daño. **El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

10º.5 Otras cuestiones de interés

a) **Principio de la buena fe**

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen **van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del asegurador.**

En general, tales situaciones se producen cuando el **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tareas de salvamento y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro**

b) **Comunicaciones entre las partes**

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico.

Quando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario **se dirijan al Asegurador**, pueden hacerlo **a su domicilio social, al de sus sucursales**. Tales comunicaciones pueden hacerlas **directamente** al Asegurador o bien **a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.**

El Asegurador se dirigirá al **último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario.**

c) **Prescripción de acciones**

Las **acciones para exigir derechos** derivados del contrato prescriben a los **cinco años.**

d) **Consultas y aclaraciones sobre incidencias**

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El Mediador de Seguros.
2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





e) **Litigios sobre el contrato**

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Art. 11º DOMICILIO PARA EMPLAZAMIENTOS

Queda convenido por la presente que cualquier diligencia de emplazamiento, notificación o expediente que deba notificarse al Asegurador con el propósito de iniciar un juicio contra el mismo en relación con esta Póliza se realice a:

MARKEL INTERNATIONAL ESPAÑA
Plaza Pablo Ruiz Picasso, nº 1 Planta 35
Edificio Torre Picasso
28020 Madrid

Art. 12º ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO

El Tomador del Seguro/Asegurado declara haber leído y entendido el contenido de todas las cláusulas, términos y condiciones del presente contrato y que está de acuerdo con ellas, y especialmente con aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, puedan tener un alcance limitativo de sus derechos. Para que quede constancia de lo anterior, el Tomador de Seguro/Asegurado firma el documento.

El Tomador del Seguro declara haber recibido la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en las Condiciones Generales.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO





COPIA A DEVOLVER FIRMADA



Nº. POLIZA: 145548

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN
CASO DE ACCIDENTE**

**Accidentes Personales
Noviembre 2012**

RAMO ACCIDENTES

Nº. POLIZA : 145548

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (SINIESTROS EN ESPAÑA)

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativo concertado por la Entidad Aseguradora.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir **obligatoriamente**, en todo los casos, los siguientes pasos:

1. Se deberá **cumplimentar el Parte de Accidentes para Asegurados** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Tomador, la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente y firmado por el Asegurado afectado/lesionado.

2. El accidente debe ser comunicado **inmediatamente** después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al

Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono 902 01 01 66.

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club, Colectivo o Entidad Deportiva
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 902 875 230 o por e-mail a las siguientes direcciones:**

**Dra. : Elizabeth Elliot : eelliot@canalsalud24.com
info@canalsalud24.com**

3. El lesionado deberá acudir al Centro Médico concertado que se le indique previamente, aportando el "Parte de Comunicación de accidentes" debidamente cumplimentado, incluyendo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia).

Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica deberá presentar el parte de Accidentes, DNI y licencia Federativa, en su caso.

- 4.** En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MARKEL se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente garantizado en la póliza.
Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.
En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

AUTORIZACIONES

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

- Pruebas especiales de diagnóstico (TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias,...)
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Rehabilitación.
- Consultas de Especialistas.

En estos casos el Asegurado/lesionado o el Médico o Centro Médico concertado solicitará a MARKEL dicha autorización al fax nº 902 875 230. Junto con la solicitud de autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose por fax, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a **MARKEL** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados** (excepto urgencias vitales).

En caso de permanencia voluntaria en un centro médico NO CONCERTADO, MARKEL NO ASUMIRÁ EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser prestado a través del cuadro médico, nunca a través de cualquier otro servicio.

El Centro de Atención de la Compañía Aseguradora llevará a cabo los oportunos seguimientos que cada caso requiera, para determinar las necesidades y gestiones a realizar.

COMUNICACIONES:

Las comunicaciones entre el Colectivo/Federación/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE ORIENTACIÓN
Nº DE PÓLIZA	145548
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El N° de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 902 01 01 66

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA		TELEFONO	

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. _____	DNI nº _____
CLUB : _____	
En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA: _____	
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____
FECHA DEL SINIESTRO: _____	
FORMA DE OCURRENCIA: _____	

CENTRO SANITARIO: _____	
El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectue a los referidos cesionarios.	
MARKEL Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 , de trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.	
Firma y Sello del representante de la Entidad	Firma del Lesionado