

Teléfono de contacto de Colectivos:

946 42 12 41

sacre@segurosbilbao.com

www.segurosbilbao.com

PÓLIZA DE SEGURO

Colectivo de Accidentes - DEPORTES / CLUBS DEPORTIVOS

Tomador del seguro: **FEDERACION GALLEGA DE PESCA Y CASTING**
Nº de póliza: **1/10/8266151** Apéndice: **0006**

Mediador: **CARASA CILVETI,LACORT,S.A.** (00383)
Bilbao a 09 de Febrero de 2022

En el caso de que las condiciones establecidas en la póliza difieran de las acordadas en la proposición de seguro, el Tomador dispone de un mes a contar desde esta fecha para efectuar su reclamación y proceder a su modificación. Transcurrido ese plazo, se estará a lo dispuesto en la póliza.



Javier F. Maiztegui Oñate
Director General

Índice

	<u>Páginas</u>
Condiciones Particulares	
Datos Identificativos	2
Datos de la actividad y convenio	2
Asegurados	2
Garantías, sumas contratadas y franquicias	2 - 3
Declaraciones del tomador del Seguro	3
Apéndices	3
Estipulaciones	4 - 7
Claúsulas	8 - 9
Condiciones Generales (Ver Índice Condiciones Generales)	11 - 37

Datos Compañía

BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS

Miembro del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Fundada en 1918.

Capital suscrito y totalmente desembolsado: 28.008.521,03 euros (2007)

Domicilio Social: Paseo del Puerto, 20 - 48992 NEGURI-GETXO

Reservas íntegras en España

Inscrita en el Registro Mercantil de Bilbao, hoja 2436, folio 103, tomo 55,
Libro de Sociedades.

Condiciones Particulares

Datos Identificativos

Tomador del Seguro

FEDERACION GALLEGA DE PESCA Y CASTING
PZA AGUSTIN DIAZ 1
15008 A CORUÑA

DNI/NIF: 0V15141328

Mediador

Tipo de Mediador: Agente de Seguros Exclusivo 35000 (3500000000)

Mediador: CARASA CILVETI,LACORT,S.A.
C/ BERGARA 4
20005 DONOSTIA

Valija: 00383

Teléfono: 943429138

Correo electrónico: caracil@segurosbilbao.com

Fecha de efecto y condiciones de pago

Duración del contrato: Desde 31/12/2021(00:00) hasta 31/12/2022(24:00) anual
prorrogable

Forma de Pago: Trimestral

Domicilio de cobro

Entidad: ABANCA CORPORACION BANCARIA, S.A.

Sucursal: CL. DO CARME 62 (27) LUGO

IBAN ES34 2080 0176 9630 4001 0672

Desglose de la prima

Prima Neta	xxxxxxx€
Impuestos IPS	xxxxxx€
CLEA	xxxxx€
Consorcio	xxxxxx€

PRIMA TOTAL

xxxxxxx€

Servicios para el Asegurado

Teléfono de contacto: 946 42 12 41

Datos del riesgo

Familia: Federaciones deportivas

Actividad: FEDERACION GALLEGA DE PESCA

Ambito de cobertura: Durante la actividad

Tipo de contratación: Póliza innominada

Asegurados

Nº de asegurados: 3.100 del grupo: Deportistas federados mayores de 14 años

Garantías, sumas aseguradas y franquicias

Capitales por asegurado y ámbito de cobertura

Grupo 1 de asegurados

Garantía	Durante la actividad
Muerte	
Muerte por accidente	30.000€
Invalidez	
Invalidez Pte. por accidente - (Incluidas parciales)	30.000€
Otras garantías	
Asistencia sanitaria por accidente	Ilimitada
Gastos búsqueda / Salvamento y transp. accidentado	12.000€
Prótesis Ortopédicas por accidente	3.000€
Reembolsos de gastos odontológicos por accidente dental grave	3.000€

Franquicias aplicables

	Franquicia fija
Asistencia por Accidente	Sin Franq.

Las indemnizaciones que puedan corresponderse por las garantías de muerte y/o invalidez no son acumulables entre sí (ver cláusula de No acumulación de indemnizaciones).

Declaraciones del Tomador

El tomador declara que no existen ASEGURADOS(*) que:

- * Se encuentren desde hace 6 MESES en situación de INCAPACIDAD TEMPORAL.
- * Se encuentren en situación de INVALIDEZ PROVISIONAL.
- * Se encuentren tramitando expediente de INVALIDEZ por cualquier causa.
- * Tenga concedida una INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL por cualquier causa.
- * Tenga alguna ENFERMEDAD PROFESIONAL DIAGNOSTICADA con anterioridad al momento de esta solicitud.

(*) Salvo declaración expresa en Condiciones Particulares.

Motivos de apéndice

AUMENTO O INCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEL GRUPO 1
EMISION NUEVO RECIBO CARTERA

"No varían ninguna de las condiciones de la presente póliza y de los apéndices anteriores que no hayan sido modificadas por el presente apéndice"

Estipulaciones

PRIMERA: PREEXISTENCIAS

=====

SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE MINUSVALÍA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ENTRADA EN VIGOR PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACIÓN A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS.

POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O MINUSVALÍAS PREEXISTENTES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS.

SEGUNDA: Pago fraccionado

=====

Queda convenido que el importe de la prima anual del seguro será pagadero en fracciones, según la forma de pago que figura en las Condiciones Particulares. El Tomador del Seguro se obliga a no rescindir la presente póliza/certificado hasta no haber transcurrido la anualidad completa del seguro o período del seguro o período por el cual se contrató la póliza. En caso de llegar a producirse la anulación de la póliza/certificado, el Tomador del Seguro estará obligado al pago de las fracciones pendientes de la anualidad del seguro.

TERCERA: FEDERACIONES: COBERTURA Y PROTOCOLO DE ACTUACION CONDICIONES ESPECIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION

=====

1-OBJETO DEL SEGURO

.....

Accidentes deportivos sufridos por los asegurados, según se recoge en el R.D. 849/1993 (seguro obligatorio para deportistas federados).

2-COBERTURAS DEL SEGURO (salvo otra indicación en Condiciones Particulares):

.....

**Fallecimiento por accidente deportivo: capital indicado en condiciones particulares.

**Fallecimiento durante la práctica deportiva pero sin causa directa de la misma: 1.800 euros.

**Invalidez Permanente por accidente deportivo: capital indicado en condiciones particulares.

**Asistencia Sanitaria por accidente deportivo: ver punto 4 y siguientes

**Gastos de sepelio por accidente deportivo: 1.500 euros

Resto de coberturas del R.D. 849/1993

3- ASEGURADOS

Los deportistas, entrenadores, encargados de material, preparadores, fisioterapeutas, ATS, médicos, delegados y árbitros dados de alta en la Federación que contrata la póliza.

4- COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

Será prestada por el asegurador durante un período máximo de 18 meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que dicha prestación sea realizada en los Centros, médicos y especialistas, sea realizada en los Centros designados o aceptados por el Asegurador.

Se incluyen únicamente las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, por traumatismo puntual, violento, súbito y externo, durante la práctica deportiva (incluidos tirones musculares), siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes; y se excluyen igualmente las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.

La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende:

a) Primer traslado y evacuación del lesionado a clínicas indicadas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el lesionado requiera ser hospitalizado.

b) Primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios diagnósticos, radiología, prótesis y osteosíntesis en régimen hospitalario, rehabilitación y hospitalización.

c) Recuperación funcional.

d) Material ortopédico curativo, prescrito por facultativos del Asegurador: se reembolsará hasta el 70% del importe reflejado en el original de la factura abonada por el asegurado, siempre que previamente se haya solicitado al Asegurador conformidad para dicho material y este sea necesario para la curación del lesionado. El Asegurador podrá autorizar esta prestación solo a través de determinados proveedores que comunicará al asegurado en dicha autorización, quedando exento de responsabilidad en caso de no aceptación de dichos proveedores.

e) Gastos de locomoción derivados del proceso de curación cuando, a criterio del Asegurador sea necesario el traslado por medios especiales. Se hace constar expresamente que la prestación de Asistencia Médica se realizará por médicos y especialistas del cuadro médico incluido en póliza.

Se excluyen los gastos derivados de:

- Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no estén implantados en la Red Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, o bien que se hayan quedado manifiestamente superados por otras disponibles.

- Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, los ejercicios hipopresivos, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, las modalidades de fototerapia, y sus indicaciones, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas no reconocidas oficialmente.

- La medicina regenerativa (factores de crecimiento y similares), la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.

- Todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

- La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador (excepto los neuronavegadores).

- La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato

locomotor.

- Material prescrito en Centros no autorizados por el Asegurador.
- Material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o paraprevención de accidentes.
- Material prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias)
- Rehabilitación a domicilio
- Farmacia ambulatoria
- Gastos de odonto-estomatología en exceso de 250 euros
- Asistencia médica en accidentes ocurridos en el extranjero por importe superior a 12.200 euros
- Traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico a su domicilio.
- Tratamientos relacionados con factores de crecimiento o mejoras del rendimiento

5- AUTORIZACIONES

Las siguientes pruebas y tratamientos necesitarán autorización previa del asegurador: estudios complementarios (TAC, RMN, Ecografía, Gammagrafía, Artografía, etc); Artroscopias; Intervenciones Quirúrgicas y Rehabilitación, así como lo relativo a material de ortopedia y prótesis.

Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del Asegurador correrá a cargo del asegurado.

En caso de urgencia vital, el lesionado podrá recibir la prestación de urgencia en el Centro sanitario más próximo. Superada la primera asistencia y en un plazo máximo de 48 horas, el lesionado deberá ser trasladado a un Centro indicado por el Asegurador. En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios. A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia.

El asegurado no podrá acudir simultáneamente o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del Asegurador. Cualquier asistencia en Centro o Facultativo no indicado por el Asegurador, salvo lo indicado para urgencia vital, no será de cuenta del Asegurador.

6- ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La asistencia médica será prestada en los Centros del Cuadro Médico de Seguros Bilbao. En caso de accidente cubierto por la póliza el asegurado deberá contactar con Seguros Bilbao en los números de teléfono indicados en las Condiciones Generales, de acuerdo con lo establecido para la garantía de Asistencia sanitaria en cuadro médico.

7.- EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA.

En tanto en cuanto el asegurado esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

8.- VINCULACION DE LA OFERTA

Las condiciones establecidas en el presente documento, incluida su tarificación, han sido diseñadas en exclusiva y calculadas de acuerdo al programa de seguros diseñado por la Correduría que presenta la oferta, en base a los riesgos y capitales objetos de cobertura, por lo que cualquier modificación en el mediador, riesgos o capitales podría alterar las condiciones y tarificación final.

CUARTA:FEDERACIONES: PRIMA POR ASEGURADO / REGULARIZACION
=====

Al finalizar la anualidad de seguro, el Tomador se compromete a facilitar fichero con relación de asegurados por modalidad, existentes al finalizar el el período de cobertura de la póliza. Esta declaración servirá para regularizar la prima, en caso de existencia de exceso de asegurados sobre los declarados inicialmente, ya que la prima emitida tiene carácter de prima mínima no extornable.

.
A tal efecto, se señalan las primas totales anuales por asegurado:
Prima Total x Federado: 1,7248.- euros.

QUINTA:
=====

Se hace constar que se amplía la edad de los asegurados hasta 85 años

SEXTA: AMBITO DE COBERTURA
=====

SE HACE CONSTAR QUE EL AMBITO DE COBERTURA ES MUNDIAL

Cláusulas

PACTO ADICIONAL

El tomador del Seguro o el Asegurado declara recibir y conocer las Condiciones Generales que rigen esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas condiciones de sus derechos que se destacan en la impresión de letra negrilla que no hayan sido derogadas o modificadas por las Condiciones Particulares y/o Especiales precedentes.

NO ACUMULACIÓN DE INDEMNIZACIÓN DE MUERTE E INVALIDEZ

Se hace constar expresamente que las indemnizaciones que reciba el Asegurado o los Beneficiarios que tengan derecho a las mismas, se hará bajo las siguientes consideraciones:

A) **Muerte:** No podrán percibirse diferentes indemnizaciones aun cuando existan varias garantías contratadas que cubran el supuesto de muerte. Solo se percibirá el capital correspondiente a la garantía que cubra la causa que haya producido la muerte, siempre y cuando este contratada dicha garantía.

B) **Invalidez:** No podrán percibirse diferentes indemnizaciones aun cuando existan varias garantías contratadas que cubran el supuesto de invalidez. Solo se percibirá el capital correspondiente a la garantía que cubra la causa que haya producido la invalidez, siempre y cuando este contratada dicha garantía.

C) Son incompatibles, bajo cualquier consideración, las indemnizaciones por muerte y por invalidez.

MENORES DE 14 AÑOS

Cuando el asegurado sea menor de 14 años, el capital asegurado por las garantías de muerte es el que corresponde a los gastos de sepelio y, en su caso, a los del traslado del cadáver, todos ellos debidamente justificados, hasta un límite máximo de 6.000 euros.

En ningún caso, los menores de 14 años tendrán la condición de asegurados para la cobertura de fallecimiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

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

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro,

incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

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

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos designado, a través de su dirección de correo electrónico: dpo@segurosbilbao.com y/o de la dirección: "Delegado de Protección de Datos - Seguros Bilbao, Paseo del Puerto 20, 48992 Neguri - Getxo (Vizcaya)".

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

Índice - Condiciones Generales

	<u>Páginas</u>
Preliminar	11
Delimitación geográfica de la cobertura	12
Muerte	12
Invalidez	13 - 14
Otras garantías	15 - 21
Exclusiones Generales y personas no asegurables	22 - 24
Tramitación de siniestros	25 - 29
Referencias a la Ley del Contrato de Seguro	30 - 34
Cláus. Indemn. Consorcio de compensación de seguros	35
Cálculo y liquidación de primas regularizables	36
Cláusula de fraccionamiento de primas	37

Preliminar

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980).
- Las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza, y los Suplementos que se incorporen a la misma para complementarla o modificarla.
- La Ley 21/1990, de 19 de diciembre, para adaptar el Derecho Español a la directiva 88/357/CEE
- La Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación en Seguros Privados.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 1/1994, del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- La Ley 8/1987, de 8 de junio, y el R.D. 1/2002 por el que se aprueba el texto

refundido de Regulación de los Planes y instrumentación de compromisos por pensiones y cuantas disposiciones Fondos

Fondos de Pensiones, así como el RD 1588/1999, de 15 de octubre, sobre actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

Adaptación del contrato de seguro al Real Decreto 1588/1999 de instrumentación de compromisos por pensiones:

De conformidad con el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con lostrabajadores y beneficiarios, el cual desarrolla la Disposición Adicional Primera de la Ley 8/1987 de Planes y Fondos de Pensiones, y demás disposiciones complementarias, el presente contrato de seguro queda sujeto a lo dispuesto en las citadas normas y tiene por objeto la cobertura de los compromisos por pensiones asumidos por el Tomador con los Asegurados incluidos en la Póliza.

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

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

En materia de riesgos ordinarios amparados por la presente póliza, las coberturas de la misma surten efecto en todo el mundo, **con la salvedad de**

aquellas coberturas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

Garantía de Muerte por Accidente

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente

cubierto por la póliza, se produce la muerte del Asegurado **inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.**

Garantía de Invalidez Permanente por Accidente (incluidas Parciales según Baremo)

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un accidente cubierto, se produce la Invalidez Permanente **inmediatamente o dentro de un año contado a partir de la fecha del accidente.**

Entendiendo como accidente lo definido en las Condiciones Especiales, apartado Definiciones de la presente póliza.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL: Será considerada invalidez permanente total y, por tanto satisfecha al Asegurado la integridad del capital garantizado, en los siguientes casos:

Pérdida de ambos brazos o ambas manos, de ambas piernas o de los pies, de un brazo o de una mano conjuntamente con la de una pierna o de un pie, ceguera absoluta, parálisis completa, y enajenación mental incurable y absoluta.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL: En caso de que el asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Parcial a causa de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador indemnizará los porcentajes de incapacidad que corresponda sobre el capital garantizado para el caso de Invalidez Permanente por accidente de acuerdo a la lesión corporal y secuelas según el baremo de lesiones que se indica a continuación:

BAREMO DE LESIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Para la valoración de las incapacidades permanentes parciales y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados conforme al Artº 104 de la Ley 50/1980, se aplicará el siguiente baremo de lesiones:

Extremidades superiores

Pérdida Total del brazo o de la mano ..60%

Pérdida Total del pulgar y del índice ... 30%

Pérdida Total de tres dedos, comprendido el pulgar o el índice30%

Pérdida Total de tres dedos, no comprendiendo el pulgar ni el índice ..25%

Pérdida Total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice..... 25%

Pérdida Total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar..... 20%

Pérdida Total del pulgar.....20%

Pérdida Total del índice15%

Pérdida Total del dedo mayor, del anular o del meñique7%

Pérdida Total de dos de estos últimos dedos10%

Pérdida Total de una falange del dedo pulgar5%

Pérdida Total de cuatro falanges entre otros dedos7%

Extremidades inferiores

Pérdida Total de una pierna50%

Pérdida Total de un pie40%

Pérdida Total del dedo gordo de un pie.....10%

Pérdida Total de otro dedo del pie3%

Amputación parcial del pie, comprendiendo todos los dedos30%

Fractura no consolidada de una pierna o de un pie30%

Fractura no consolidada de una rótula.....20%

Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla20%

Acortamiento de más de 5 centímetros de un miembro inferior15%

Otras invalideces

Ablación de la mandíbula inferior..... 30%

Pérdida Total de un ojo30%

Pérdida de la mitad de la visión binocular..... 25%

Sordera de ambos oídos60%

Sordera de un solo oído15%

Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz..... 25%

Fractura no consolidada de la mandíbula inferior.....15%

Grandes Pérdidas óseas en el cráneo.....15%

Cuando la pérdida o inutilización de un miembro o un órgano de los indicados anteriormente sea solo parcial, se fijará la indemnización reduciendo proporcionalmente el grado de invalidez

que sufra, de la tasa señalada anteriormente.

En los casos no enumerados aquí, así como cuando se trate de pérdidas o parálisis parciales, la indemnización se fijará en proporción a su gravedad, comparándola con la de los casos previstos

Garantía de Asistencia sanitaria por accidente

I. OBJETO DEL SEGURO

Pago de los gastos de asistencia sanitaria que se citan a continuación, debidamente justificados y documentados, como consecuencia de sufrir el asegurado un accidente cubierto por la presente póliza.

El límite conjunto para todos los gastos y por un mismo accidente será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, y corresponderán como máximo a los que se produzcan dentro de los 365 días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

II. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE SON:

1. Hospitalización y Asistencia Médico Farmacéutica

Comprende aquellos gastos de internamiento hospitalario, curación, tratamiento médico-farmacéutico y asistencia clínica por prescripción facultativa.

Tanto los médicos como los establecimientos de cura quedarán sometidos a la aprobación del Asegurador.

En el supuesto de que el accidentado acudiera a un médico ajeno al Asegurador, sin contar con el consentimiento del Asegurador, o ingresase en establecimiento de cura no designado por éste, la garantía para el conjunto de todos los gastos de curación queda limitada por siniestro, y para cada Asegurado, a 600 Euros (SEISCIENTOS EUROS).

2. Traslados en Ambulancia

Comprende los gastos necesarios por traslados en ambulancia del Asegurado desde el lugar del accidente hasta el Centro Hospitalario que le deba prestar asistencia.

No tendrán la consideración de gastos de traslado aquellos derivados del rescate y/o salvamento del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por las garantías de esta póliza.

3. Traslado para inhumación

Comprende aquellos gastos que se generen, en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, con motivo del traslado de los restos para su inhumación desde el lugar del accidente hasta el de residencia, **cuando ambos sean distintos y se encuentren dentro del territorio nacional.**

No tendrán la consideración de gastos de traslado aquellos derivados del rescate del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por las garantías de esta póliza.

4. Asistencia domiciliaria

Comprende los gastos originados por la asistencia sanitaria prescrita por los médicos y prestada por personal especializado en el domicilio del Asegurado, siempre que sea debida a un accidente de éste.

5. Elementos auxiliares

Comprende los gastos de alquiler de elementos auxiliares que precise el Asegurado para la recuperación posterior al accidente amparado por la póliza, como pueden ser: silla de ruedas, muletas.

6. Rehabilitación física

Comprende los gastos que se originen con motivo de la rehabilitación física del Asegurado a consecuencia de haber sufrido un accidente garantizado por la presente póliza.

7. Reconocimientos

Comprende los gastos que se originen por los reconocimientos médicos necesarios a los que deba someterse el Asegurado por haber sufrido un accidente, como pueden ser: análisis, radiografías.

III. CESE DE LA GARANTÍA

La garantía de Asistencia Sanitaria por accidente cesará:

- a) **Al cumplir el Asegurado los 65 años de edad.**

Garantía de Gastos de búsqueda, salvamento y traslado por accidente

OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos que deba satisfacer obligatoriamente el Asegurado por los servicios de proveedores y equipos destinados a la búsqueda, localización o salvamento de personas, relacionados directamente con el accidente por él sufrido, hasta el límite asegurado en las Condiciones Particulares.

Entendiendo como accidente lo definido en las Condiciones Especiales, apartado Definiciones de la presente póliza.

ÁMBITO TERRITORIAL

Las garantías de esta cobertura serán válidas exclusivamente en Territorio Nacional

Garantía de Gastos complementarios de prótesis ortopédicas, a consecuencia de un accidente

I.OBJETO DEL SEGURO

Siempre que sea consecuencia de un accidente amparado por la póliza y estén debidamente acreditados, el Asegurador garantiza hasta el límite de la suma indicada en las condiciones Particulares para esta garantía los gastos de prótesis ortopédicas.

II.CESE DE LA GARANTÍA

La garantía de Gastos complementarios de prótesis ortopédicas a consecuencia de accidente, cesará:

a) Al cumplir el Asegurado los 65 años de edad.

Definiciones y ámbito de las coberturas aseguradas Seguro para Deportistas Federados

La presente cobertura se rige por la legislación aplicable al contrato de seguro, y por lo dispuesto en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo.

I.- ASEGURADOS

Tendrán la consideración de Asegurados los deportistas, sean amateurs o profesionales, con licencia federativa dada de alta en la FEDERACIÓN DEPORTIVA TOMADORA DEL SEGURO, en vigor y al corriente de pago, así como los entrenadores, preparadores, oficiales, técnicos, árbitros, directivos y cualesquiera otras personas adscritos a dicha Federación Deportiva, siempre que estén incluidos los mismos en el grupo o grupos asegurados definidos en la presente póliza.

II.- OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Accidentes sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos en el R.D. 849/1993, de 4 de junio, durante los actos organizados por el Tomador del Seguro, realizados en circuitos, estadios, pistas e instalaciones deportivas, terrenos o medio físico necesario y adecuado debidamente a las normas exigidas por las autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.

No se incluye la organización de competiciones, pruebas y eventos deportivos que estén fuera del ámbito de la responsabilidad de la Federación Deportiva Tomadora del Seguro. Salvo pacto en contrario, expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, **tampoco se garantizan los riesgos derivados de la participación en competiciones organizadas por estamentos internacionales, ni por otras Federaciones distintas del Tomador.**

La cobertura se extiende también a los accidentes sufridos durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las

condiciones de lugar señaladas en el párrafo primero.

III.- PERSONAS ASEGURABLES

Modificando lo dispuesto en el apartado "REQUISITOS EN LAS PERSONAS A ASEGURAR" del apartado "Referencias a la Ley de Contrato de Seguro" de la póliza, se entenderán incluidas en las coberturas del seguro las personas aseguradas sin limitación de edad, con la única condición que cumplan los requisitos del apartado I.- ASEGURADOS.

IV.- GARANTÍAS Y CAPITALES

En caso de siniestro cubierto, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones mínimas exigidas en el Anexo del Real Decreto 849/1993 de Seguro Obligatorio Deportivo, ampliadas, en su caso, por lo indicado en los párrafos siguientes o lo pactado en las Condiciones Particulares de la presente póliza:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional.

Sin límites de gastos.

2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario,

Sin límite de gastos.

3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis

En su totalidad.

4. Los gastos originados por rehabilitación.

En su totalidad

5. Asistencia médico - quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero.

Hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

El derecho al cobro de las prestaciones definidas en los puntos anteriores 1. a 5., tiene un límite temporal de hasta dieciocho meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente,

6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo.

Con un mínimo, para los grandes inválidos (tetraplejía), de 12.020,24 euros.

Sobre la suma asegurada pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo será de aplicación el Baremo de indemnización de lesiones y demás especificaciones contenidas en las Coberturas de BAREMO DE LESIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

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 euros para los mayores de 14 años.

Esta prestación se equipara a lo establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE POR ACCIDENTE" del presente contrato, y le serán aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma. Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

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 euros.

Esta prestación, cualquiera que sea la causa que dé origen a la misma, accidente o enfermedad, se equipara a lo

establecido en la Condición Especial de "Coberturas de MUERTE NATURAL" del presente contrato, y le serán aplicables cada uno de los apartados y cláusulas contenidos en la misma.

Para los menores de 14 años de edad, la suma asegurada se garantiza exclusivamente bajo el concepto de "Gastos de Sepelio".

9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención).

Por un importe mínimo del 70 % del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

10. Gastos originados en odontología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo,

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.

Sin límite de cuantía.

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

De acuerdo a lo regulado en las Coberturas de Garantía de Asistencia sanitaria por accidente, y será prestada por un Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, para lo cual habrán de seguirse los pasos que se detallan en el capítulo "NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE".

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

En exceso de lo previsto en el RD 849/1993, las prestaciones asistenciales que pudiesen ser efectuadas por centros médicos o facultativos no concertados o

aceptados expresamente por el Asegurador, con motivo de siniestro cubierto, serán igualmente indemnizables, por un importe del cincuenta por ciento de los gastos generados, y con un límite máximo de 300 € por siniestro. Esta limitación no regirá para los casos de URGENCIA VITAL.

V.- PRIMA DEL SEGURO

La prima, incluidos impuestos, vendrá especificada en las Condiciones Particulares del contrato.

Salvo pacto en contrario, la prima representa el coste del seguro del periodo cubierto por la licencia federativa del Asegurado, y como máximo un año.

VI.- VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO. REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO

Salvo que en las Condiciones Particulares se determine otro sistema de cálculo, la variación del grupo asegurado a lo largo del periodo de vigencia del contrato, y la correspondiente regularización de la prima en base al número real de personas incluidas en la póliza, se regulará por lo establecido en el apartado a) "Forma de contratación innominada" del Capítulo "INCLUSION DE ASEGURADOS".

En cualquier caso, el Tomador viene obligado a facilitar al Asegurador la relación de licencias deportivas que se han dado de alta, para cada uno de los grupos de riesgo, con la frecuencia pactada en las Condiciones Particulares.

En base a la información recibida, el Asegurador se obliga por su parte a regularizar la póliza según las altas que se hubiesen producido, durante el periodo de vigencia de la cobertura, y emitir el correspondiente recibo de prima.

Salvo pacto en contrario, las primas mencionadas en el anterior capítulo V son las correspondientes al resultado de multiplicar el número de asegurados por la prima correspondiente a cada uno de

ellos para cada anualidad de seguro, sea cual sea la fecha de alta en la póliza de cada asegurado.

Las bajas no darán derecho a devolución de prima no consumida.

VII. NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

Estas Normas modifican en todo lo que sea oportuno a lo establecido en la apartado PLAZO DE COMUNICACIÓN del capítulo *Tramitación de Siniestros*.

Para acceder a la asistencia sanitaria garantizada, la cual será prestada por el Centro Médico o facultativo autorizado por el Asegurador, es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Cumplimentación del documento

"PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES", que deberá ser firmado y sellado por la Federación asegurada

2. Poner en conocimiento del Asegurador el accidente.

Llamando al Centro de Atención 24 horas de SEGUROS BILBAO, teléfono **902 36 74 73**. El accidente debe ser comunicado inmediatamente tras su ocurrencia.

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club o Entidad Deportiva en la cual ocurre el siniestro.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos sufridos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento de la Declaración de Siniestro.

3. Remisión del parte.

El comunicante remitirá posteriormente la Declaración de Siniestro a SEGUROS BILBAO,

4. El lesionado federado ha de acudir al Centro Médico.

Aportando la Declaración de Siniestro debidamente cumplimentada. (Es imprescindible para recibir asistencia que en la declaración de siniestro conste el número de expediente).

5. Casos de URGENCIA VITAL.

En casos de **URGENCIA VITAL** el Asegurador se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia sanitaria urgente prestada desde la fecha de ocurrencia del accidente, que deberá ser notificado a la Aseguradora en menos de 24 horas desde la ocurrencia del mismo.

Siempre que sea posible el traslado del lesionado a un centro Médico concertado o autorizado expresamente por el Asegurador, el mismo se realizará durante las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente.

6. Autorizaciones.

Será necesaria la previa autorización del Asegurador para las siguientes pruebas y tratamientos:

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

Para estos casos el médico o Centro Médico deberá solicitar autorización expresa al Asegurador.

Esta autorización se ha de acompañar de una copia del informe médico detallado, facilitando, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa del Asegurador será por cuenta del Asegurado.

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

Exclusiones generales y personas no asegurables

PERSONAS NO ASEGURABLES

Las personas mayores de 70 años.

El Asegurador se reserva la facultad de anular el presente contrato tan pronto como el asegurado haya cumplido la edad de 70 años.

Los afectados por enfermedades terminales, enfermedades mentales, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, sida, enfermedades de médula espinal, encefalitis letárgica y en general cualquier lesión, enfermedad crónica o grave o minusvalía física o psíquica que disminuyan gravemente su capacidad.

EXCLUSIONES GENERALES

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

a) Incumplimiento requisitos Ley de Contrato de Seguro.-

Los hechos que no tengan la consideración de accidente según la definición contenida en la Ley de Contrato de Seguro. Dicha definición establece que se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produce invalidez temporal o permanente o muerte.

En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social, salvo pacto expreso, ya que esta póliza, a efectos del contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la Condición Preliminar de las Condiciones Generales.

b) Hechos producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza

Las consecuencias o secuelas de accidentes, enfermedades comunes o enfermedades profesionales, acaecidos

con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, o a la fecha de pago del primer recibo si ésta fuera posterior, o anterior a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, aunque aquéllas se manifiesten durante la vigencia del seguro.

c) Acontecimientos extraordinarios (Consortio)

Los siniestros cuya cobertura corresponda al "Consortio de Compensación de Seguros".

Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que teniendo carácter extraordinario, el Consortio de Compensación de Seguros, no admita la efectividad del derecho de los Asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho Organismo.

d) Energía nuclear.-

Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

e) Guerras, levantamientos, rebeliones

Los accidentes causados por guerra civil o internacional, haya o no mediado declaración oficial y los accidentes producidos en levantamientos populares o militares, insurrecciones, rebeliones, revolución u operaciones bélicas de cualquier clase.

f) Hechos de catástrofe o calamidad nacional

Acontecimientos calificados como tal por el Poder Público.

g) Actos dolosos

Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado.

h) Conducción de vehículos sin autorización

Los accidentes sufridos durante la conducción de cualquier clase de

vehículo a motor sin poseer el correspondiente permiso de circulación expedido por la autoridad competente, o habiendo sido éste retirado por sanción administrativa o judicial.

i) Enajenación mental, embriaguez, drogas

Los accidentes sufridos por el Asegurado estando en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto del consumo de drogas o estupefacientes, salvo que pueda probarse por parte del Asegurado o Beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se considerará estado de embriaguez cuando el grado de alcoholemia en el momento del accidente exceda de lo permitido legalmente, o bien el Asegurado fuese condenado o sancionado por dicha causa.

j) Agravación de las consecuencias del accidente

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

k) Navegación aérea

La utilización, como tripulante de cualquier medio de navegación aérea, entendiéndose como tripulante toda persona que realice alguna misión a bordo.

La utilización, como pasajero, de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público o privado de pasajeros.

Los accidentes de los alumnos de aviación en el transcurso de las prácticas.

l) Navegación marítima

La utilización como tripulante de cualquier medio de navegación de líneas marítimas (rutas comerciales tanto de viajeros como de mercancías), entendiéndose por tripulante toda

persona que realice alguna misión a bordo.

Los ocurridos durante la navegación deportiva a la distancia máxima autorizada por el título de patrón de la embarcación, y como máximo a 60 millas náuticas de la costa.

m) Intoxicación por fármacos

Las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.

n) Infecciones

Las infecciones de heridas, las enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas y las inyecciones o tratamientos médicos, siempre que todos ellos no estén motivados por un accidente cubierto.

o) Picaduras

Las lesiones o enfermedades transmitidas o producidas por la picadura de artrópodos o animales acuáticos.

p) Enfermedades cardiovasculares

Las lesiones cerebro-vasculares, el infarto de miocardio o la angina de pecho, salvo que se pacte su cobertura en las Condiciones Particulares.

q) Lesiones musculares, hernias u otras patologías similares

Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosa, incluido meniscos, que vengan provocadas por movimientos repetitivos, sobrecargas, esfuerzos, movimientos anómalos del cuerpo o defectos físicos preexistentes o degenerativos.

Las hernias o protusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.

r) Lesiones psíquicas, dolor, daño o perjuicio estético

Las lesiones psíquicas, aún derivadas de un accidente cubierto por la póliza, en las que no pueda objetivarse como causa una lesión cerebral.

Todos aquellos procesos cuyo único síntoma sea el dolor, y no pueda objetivarse una limitación funcional o alteración anatómica mediante pruebas o exploraciones médicas. En particular, no quedan amparados por la póliza los cuadros sintomáticos como cervalgias, dorsalgias y lumbalgias, produzca o no limitación funcional, aunque las lesiones que han dado lugar a estos cuadros quedasen amparadas por las coberturas de la póliza, hasta el momento de su curación. El daño o perjuicio simplemente estético.

s) Deportes profesionales

Los accidentes ocurridos durante la práctica profesional o remunerada de cualquier deporte.

t) Deportes no profesionales

Salvo pacto expreso en contrario, especificado en las Condiciones Particulares, los accidentes ocurridos durante la práctica de los siguientes deportes:

- 1) Automovilismo, karting y motociclismo, en cualquiera de sus modalidades de competición. Participación en pruebas de velocidad y de resistencia con vehículos a motor, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.
- 2) Uso de motos náuticas, esquí y paracaidismo acuático, y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma.
- 3) Actividades aéreas tales como, aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.
- 4) Polo y deportes hípicos (excepto paseo).

5) Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera pistas y esquí con saltos de trampolín. Participación en competiciones y pruebas preparatorias.

6) Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos.

Se entiende por alpinismo, la ascensión a montañas con una altitud superior a los dos mil quinientos metros, independientemente de si hay o no nieves perpetuas y de su grado de dificultad.

Se entiende por escalada, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.

7) Rugby y fútbol americano.

8) Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.

9) Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.

10) Deportes de aventura an aguas bravas, tal como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob o barranquismo.

11) Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.

12) Utilización de armas de fuego y el ejercicio de la caza fuera de España.

13) Otros deportes y actividades de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a los indicados en los puntos anteriores.

t) Toreo y similares

Los accidentes sufridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.

u) Expediciones y viajes de exploración

Los accidentes sufridos en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas.

Tramitación de Siniestros

PLAZO DE COMUNICACIÓN

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

En caso de concurrencia de seguros se respetará el plazo fijado en el párrafo anterior y el Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicarlo a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás.

DOCUMENTACION A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener el pago el Beneficiario deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación:

a) Fallecimiento.

Partida de defunción del Asegurado, certificado del médico que últimamente le asistiese, en el que se detallará el historial y la naturaleza del accidente que hubiera ocasionado la muerte, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

b) Invalidez Permanente.

Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

c) Incapacidad Temporal.

Partes de alta y baja que determinen esta incapacidad, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

d) Gastos Médico-Farmacéuticos.

Una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

COLABORACIÓN DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberá dar al Asegurador toda clase de

informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

MINORACIÓN DE LAS CAUSAS DEL SINIESTRO

El Asegurado o el Tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente con el fin de conservar la vida del Asegurado y su pronto restablecimiento del accidente. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.

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

TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Determinación del grado de invalidez

Como regla general, y con independencia de lo especificado en cada una de las coberturas de Invalidez contratadas en la póliza, la determinación del grado de invalidez que derive de accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

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

Tasación de siniestros

Si las partes se pusiesen de acuerdo en

cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida.

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

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

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito Médico Tercero.

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

Si el dictamen de los Peritos Médicos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el

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

PAGO DE HONORARIOS PERICIALES

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

SINIESTROS: TRAMITACIÓN, TASACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

Se hará con sujeción a lo previsto esta póliza, teniendo en cuenta no obstante lo pactado en estas Condiciones Especiales para cada una de las coberturas contratadas.

SINIESTROS: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador satisfará la indemnización conforme se indica a continuación:

I.- En el ámbito laboral, y para las coberturas que tienen carácter de mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social:

La indemnización se efectuará en base a las resoluciones de los organismos dependientes de la Seguridad Social y/o

por la jurisdicción laboral, que tengan carácter firme (sin posibilidad de recurso).

II.- En el ámbito distinto al laboral, cuando no exista vinculación a las resoluciones de la Seguridad Social o de la jurisdicción laboral:

a) Como norma general, deberá satisfacerla al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

b) Cuando haya existido dictamen pericial y éste no haya sido impugnado, la abonará en un plazo de cinco días.

c) Si el dictamen pericial fuese impugnado, el Asegurador abonará el importe mínimo a que se refiere el apartado e) siguiente.

d) En caso de acuerdo transaccional, conforme a sus propios términos; en caso de resolución judicial, en el plazo máximo de cinco días desde que fuese firme o ejecutable, todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores.

e) En cualquier supuesto, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

f) Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las condiciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las reglas que se establecen en el apartado "Intereses de demora" de esta póliza.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que

se haya declarado la invalidez permanente.

PAGO DEL IMPORTE MÍNIMO EN SINIESTROS INDEMNIZABLES

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

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta días, contados a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

INTERESES DE DEMORA

Si el Asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

1.- Afectará, con carácter general, a la mora del Asegurador respecto del Tomador del seguro o Asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida.

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

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

4.- La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el

momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

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

6.- Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro. No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el Asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7.- Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el Asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago.

Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la Dicha notificación deberá efectuarse con una anticipación mínima de 30 días a la

Aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al Asegurado, Beneficiario o perjudicado.

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

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

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

RESOLUCIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Tras la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán resolver el contrato de seguro.

La parte que tome la decisión de resolver el contrato, deberá notificarlo a la otra por carta certificada dentro del plazo máximo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o de efectuada la prestación, si hubiera lugar a ella.

fecha en que la resolución haya de surtir efecto.

Cualquiera que sea la parte que tome la iniciativa de resolver el contrato, el Asegurador procederá a devolver al Tomador del seguro la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La resolución del contrato de seguro, efectuada de acuerdo con lo previsto en este apartado, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros declarados.

REPETICIÓN DEL ASEGURADOR

El perjudicado y sus herederos tendrán acción directa contra el Asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del Asegurador a repetir contra el Asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de este, el daño o perjuicio causado a tercero.

ACCIDENTES INTENCIONADOS

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

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

Referencias a la ley de contrato de seguro

DECLARACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO. PLAZO PARA SUBSANAR ERRORES DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

CONCURRENCIA DE SEGUROS

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

MODIFICACIONES DEL RIESGO

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

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

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe.

En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

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

INEXACTITUD O CAMBIO EN LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DECLARADA

Caso de producirse el accidente y no coincidir la profesión o actividad declarada en las Condiciones Particulares, con la profesión o actividad real del Asegurado o Grupo asegurado, **el Asegurador liquidará el siniestro aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que hubiese cobrado en el caso de haber conocido la verdadera entidad del riesgo, en el momento de emitir la póliza.**

En el caso anterior, si la profesión o actividad estuviera excluida de las normas de contratación de la Entidad Aseguradora, en el momento de la contratación del riesgo, el hecho acontecido no será indemnizable, procediéndose por parte del Asegurador, salvo que hubiese mediado dolo del Tomador o Asegurado, a la devolución de las primas pagadas sin intereses.

En el caso de ser la profesión o actividad real de menor riesgo que la declarada en póliza, el Asegurador liquidará el siniestro en base a la actividad real, procediéndose

a la devolución del exceso de primas pagadas sin intereses.

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato difiere de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar conforme a la Tarifa de primas vigente, la prestación del Asegurador se efectuará aplicando sobre la indemnización el coeficiente resultante de dividir la prima realmente pagada en la póliza y la prima que se hubiese cobrado en el caso de ser la edad correcta. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

REQUISITOS EN LAS PERSONAS A ASEGURAR

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte, sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Tomador del seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador, o en un testamento.

Reglas para el caso de fallecimiento del Asegurado.-

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

En caso de designación genérica de los hijos de una persona como Beneficiarios,

se entenderá como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.

Si la designación se hace en favor de los herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.

Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del Tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.

La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá, tal condición igualmente al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado. Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

Si la designación se hace en favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si no existiera Beneficiario expreso y para los casos en que éste no sea el Asegurado mismo, el capital asegurado será satisfecho, por orden preferente y excluyente, como sigue:

- Cónyuge del Asegurado.
- Hijos del Asegurado.
- Padres del Asegurado.
- Herederos legales del Asegurado.

El Asegurador no quedará vinculado por ninguna designación o modificación de Beneficiarios de la que no tenga conocimiento expreso y anterior a la fecha de fallecimiento del Asegurado.

PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, previo perfeccionamiento del contrato, manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes, y una vez haya sido satisfecho el pago del primer recibo de prima.

2. Las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no se hayan cumplido las dos condiciones anteriores. En caso de demora en su cumplimiento, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

3. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.

DETERMINACIÓN Y PAGO DE LA PRIMA

a) Determinación de la prima

La prima inicial se determina sobre la base de las garantías y periodos de cobertura contratados, y será reflejada en las Condiciones Particulares.

b) Pago de la prima

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. **El presente contrato no se perfecciona y no entra en vigor hasta que la prima inicial haya sido satisfecha.**

Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

2. 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.

3. Si por culpa del Tomador del seguro 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. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

4. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

5. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Actualización anual de la prima

El Asegurador podrá modificar anualmente la prima de esta garantía, teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento, fundamentándose la misma en los cálculos técnicos-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesarias.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

Arbitraje

Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

Competencia de jurisdicción

Será el juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Comunicaciones

1. Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del seguro o el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la póliza, en sus oficinas delegadas o, en su caso a través de mediador de seguros.

2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de domicilio.

3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro o el Asegurado al mediador de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo, el pago de los recibos de primas por el Tomador del seguro o el Asegurado a un mediador de seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo que se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

4. El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro o el Asegurado al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue al Tomador del seguro o al Asegurado el recibo de la prima del Asegurador.

5. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

SUBROGACIÓN

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

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado.

El Asegurado será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

NULIDAD DEL CONTRATO Y PERDIDA DE BENEFICIOS

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

También se pierde el derecho a la indemnización:

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

consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.

f) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador del seguro o del Asegurado.

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños, y de cinco años si el seguro es de personas.

Servicio de atención al cliente

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, y/o beneficiario de una póliza y el Asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito, ante el Servicio de Atención al Cliente de Seguros Bilbao (Paseo del Puerto nº 20, Getxo -48992-, Vizcaya) o por correo electrónico a la dirección: sacre@segurosbilbao.com, en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento Interno para la Defensa del Cliente aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en la página web oficial, www.segurosbilbao.com en el apartado, Defensa del Cliente.

Asimismo, se detallan en dicha página web oficial, www.segurosbilbao.com, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la Entidad Aseguradora.

En caso de que la queja o reclamación sea desestimada por el Servicio de Atención al Cliente, o de que hayan transcurrido dos meses desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Colectivo de Accidentes - DEPORTES / CLUBS DEPORTIVOS
Condiciones Generales

Nº de póliza:1/10/8266151-0006

beneficiario del seguro mediante
transferencia bancaria.

Cálculo y Liquidación de Primas Regularizables

I. SEGUROS CONTRATADOS DE FORMA INNOMINADA

1. La Prima del presente seguro está determinada de acuerdo con los importes señalados en las Bases de Cálculo indicadas en las Condiciones Particulares. La misma **tiene carácter de prima mínima de depósito y deberá reajustarse al final de cada periodo de seguro.**

2. Dentro de los treinta días siguientes al término de cada periodo de regularización de prima, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá proporcionar al Asegurador los datos necesarios para la regularización de la prima.

3.- El Asegurador tendrá, en todo tiempo y hasta tres meses después de finalizado el contrato, el derecho a practicar inspecciones para verificar o averiguar de datos referentes a los elementos o magnitudes sobre los que la prima esté convenida, debiendo facilitarle el Asegurado o, en su defecto el Tomador del Seguro, las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento o comprobación de los referidos datos. Si estas inspecciones han sido motivada por el incumplimiento del deber establecido en el párrafo 2, el Asegurador podrá exigir del Tomador del Seguro, el pago de los gastos causados en dichas inspecciones.

4.- **Si se produjese el siniestro estando incumplido el deber de declarar previsto en el párrafo 2, o la declaración fuere inexacta, se aplicarán las siguientes reglas:**

a) **Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador del Seguro o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.**

b) **En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y de la que se hubiere aplicado de haberse conocido el importe real de las magnitudes que sirven de base para su cómputo.**

5.- Fijada la prima definitiva de la anualidad transcurrida, después de la regularización anual, **esa prima no podrá ser inferior al 50% de la prima mínima de depósito.**

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

II. SEGUROS CONTRATADOS DE FORMA NOMINADA

La prima correspondiente a esta forma de aseguramiento se regularizará en el momento que se comunique al Asegurador los datos de las personas que causen alta o baja del grupo asegurado, y en consecuencia, también de las coberturas del seguro.

El Asegurador procederá, a través de emisión de un suplemento a la póliza, a librar un recibo de cargo o extorno de la prima, según resulte, prorrateada ésta desde la fecha de alta o baja de el/los Asegurado/s hasta el vencimiento del contrato.

Cláusula de Fraccionamiento de Pago de Primas

Si se pacta el fraccionamiento del pago de prima de común acuerdo entre las partes contratantes se conviene que, para el pago de la prima anual en períodos semestrales o trimestrales, se aplicarán las siguientes normas:

En caso de que por causas ajenas a la voluntad del Asegurador, la anulación de la póliza tuviera efecto antes de terminar

cualquier anualidad de seguro, el Tomador, o el Asegurado, vendrá obligado a satisfacer la parte de prima que falte para completar el importe de la prima anual.

La forma de pago establecido para el presente contrato viene expresamente indicada en el apartado "**Fecha de efecto y Condiciones de pago**" de las Condiciones Particulares del mismo.