

PÓLIZA DE SEGURO

Nº 51326787

| Condiciones Particulares

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

Página: 1

TOMADOR DEL SEGURO

FEDERACION MADRILEÑA DE PIRAGUISMO
N.I.F.: V79414611
CARRETERA EL PARDO KM:1 PARQUE DEPORTIVO PTA
28035 MADRID

FECHA EFECTO PÓLIZA

12 HORAS DEL DÍA 1 DE NOVIEMBRE DE 2016

DURACIÓN

ANUAL PRORROGABLE

FECHA DE VENCIMIENTO

EL DÍA 1 DE NOVIEMBRE DE CADA AÑO

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA ANUAL

7.377,00

FORMA DE PAGO

TRIMESTRAL

DESGLOSE DEL RECIBOVALORACIÓN DESDE: 01-11-2016 HASTA: 01-02-2017

PRIMA NETA	1.844,26
CONSORCIO	45,08
TRIBUTOS	2,77
IMPUESTO PRIMAS SEGURO	110,66
IMPORTE TOTAL	2.002,77

DOMICILIACIÓN BANCARIA

(MANDATO:S00100148108999)

BANCO O CAJA DE AHORROS 2038
SUCURSAL O AGENCIA 1537
Nº DE LIBRETA O CTA. CTE. 6000043294
IBAN:ES4520381537056000043294

SUCURSAL DE SERVICIO

MADRID-GAZTAMBIDE
CALLE GAZTAMBIDE NUM:50
28015 MADRID

TELEF. 914312682
FAX 915440329

AGENTE EXCLUSIVO

BALTUILLE S.L.

ASEGURADO

DESCRIPCION RIESGO Nº ASEG. INNOMINADOS	FEDERACIÓN MADRILEÑA DE PIRAGUISMO 750								
GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS	<table><tr><td>FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE</td><td>6.010,12</td></tr><tr><td>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA</td><td>12.020,24</td></tr><tr><td>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE</td><td>12.020,24</td></tr><tr><td>ASISTENCIA SANITARIA</td><td></td></tr></table>	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.010,12	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	12.020,24	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	12.020,24	ASISTENCIA SANITARIA	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.010,12								
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	12.020,24								
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	12.020,24								
ASISTENCIA SANITARIA									

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

En ningún caso, será de aplicación lo previsto en las Condiciones Generales de la póliza (apartado 6-1.) en relación a los gastos de sepelio, y traslado de cadáver.

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El Tomador consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por MGS, Seguros y Reaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente le autoriza para que pueda ceder dichos datos al mediador, en su caso, y a otras entidades de seguros por razón del coaseguro de las pólizas.

Conforme a la normativa vigente, se hace constar que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Con independencia de la formalización de la póliza, el tratamiento de dichos datos tendrá además la finalidad de informarle sobre los productos y servicios financieros o de seguros, relacionados con la actividad de MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que puedan ser de su interés.

El titular de los datos podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS, Seguros y Reaseguros S.A., mediante escrito dirigido al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.

El Tomador declara asumir la obligación de comunicar al Asegurado o Beneficiario, si existieren, la inclusión de sus datos en dichos ficheros, así como su finalidad y tratamiento.

Finalmente, declara conocer que los datos facilitados en este documento constituyen la base del contrato de seguro, asumiendo por completo las responsabilidades de esos datos.

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona, España.
3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.
4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.

5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; vía fax, al número 933 217 296; así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en www.mgs.es y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario al Asegurador se realizarán por escrito en el domicilio de la sucursal de servicio que figure en la póliza.

En el caso de que se realizaran a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubieran efectuado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. No obstante, **las comunicaciones del Tomador al Corredor de seguros no se entenderán hechas al Asegurador.**

En todo caso, **se precisará del consentimiento expreso del Tomador para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.**

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el último domicilio postal declarado por aquellos.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN EN SEGUROS COLECTIVOS NO VIDA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Tomador abajo firmante reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información cuya naturaleza y aplicación en su caso se haga constar en los artículos 124, 125 y 126 del citado Reglamento, y que consta asimismo en la documentación que suscribe.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Según los términos previstos por el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo, el presente contrato de seguro da cobertura a las lesiones derivadas de un accidente deportivo, es decir, toda lesión o patología originada producida por un traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado durante la práctica deportiva, y que provoque una alteración en la salud del asegurado.

La presente póliza además cubre la lesión deportiva durante la práctica deportiva del piragüismo en competición, durante el calentamiento previo y entrenamiento oficial, a excepción de aquellas excluidas en las exclusiones de la garantía de asistencia sanitaria.

La presente póliza cubre única y exclusivamente los accidentes y lesiones que puedan sufrir los asegurados como participantes en las actividades indicadas anteriormente organizadas por el tomador y que en cualquier caso figuren en la relación de personas facilitada.

En el caso de fallecimiento de un asegurado que no hubiera cumplido los 14 años de edad en la fecha del accidente, la indemnización que el Asegurador abonará será en concepto de gastos de sepelio y traslado del cadáver, el importe del que no podrá ser superior al que figura en concepto de capital de fallecimiento.

RELACIÓN DE GARANTÍAS Y CAPITALS ASEGURADOS

- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO: 6.010,12€.
- FALLECIMIENTO DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA PERO SIN CAUSA DIRECTA CON LA MISMA: 1.805 €.
- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO: 12.020,24 €.
- INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE DEPORTIVO HASTA: 12.020,24 €.
- ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN CENTROS CONCERTADOS
- ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CENTROS CONCERTADOS.
- ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN RÉGIMEN HOSPITALARIO.
- ASISTENCIA DE PRÓTESIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN RÉGIMEN HOSPITALARIO.
- GASTOS DE REHABILITACIÓN.
- ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO HASTA 6.000 EUROS.
- GASTOS MATERIAL ORTOPÉDICO PARA CURACIÓN DE ACCIDENTES (HASTA 70% COSTE DE ADQUISICIÓN).
- GASTOS ODONTOLÓGICAS HASTA 240,40 EUROS.
- GASTOS DE TRASLADO O EVACUACIÓN DEL LESIONADO DEL PUNTO DE ACCIDENTE AL CENTRO MÉDICO.

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN CENTROS CONCERTADOS

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria y en base a lo establecido por el Real Decreto 849/93, de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo, se hace constar que como consecuencia de un accidente deportivo garantizado en póliza, el Asegurador asume los gastos de asistencia médica y hospitalización de forma ilimitada con límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente, con las siguientes condiciones:

- La asistencia sanitaria debe efectuarse únicamente en Centros o por Facultativos designados por el Asegurador. En caso contrario, el Asegurado asumirá íntegramente los gastos originados.

- En caso de URGENCIA VITAL, el Asegurado podrá recibir asistencia médica de urgencias en el centro sanitario más próximo. En este caso, El Asegurador 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 presente póliza.

Se entiende por URGENCIA VITAL la situación grave que requiere de atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del asegurado de forma inmediata.

Una vez superada la primera asistencia médica de urgencias, el Asegurado deberá ser trasladado al centro médico concertado designado por el Asegurador más próximo al lugar del accidente para continuar con el tratamiento.

En caso de permanencia en centro médico no concertado, el Asegurador no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, teniendo que asumir las mismas el propio Asegurado.

La cobertura de asistencia sanitaria no incluye los gastos farmacéuticos, salvo en régimen hospitalario, así como el material que se necesite para tratar ambulatoriamente el lesionado, es decir, siempre que no necesite un ingreso sanatorial.

- ASISTENCIA DE PRÓTESIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN RÉGIMEN HOSPITALARIO

- REHABILITACIÓN

- ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO HASTA 6.000 EUROS

En caso de un accidente deportivo ocurrido en el extranjero, la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial se encuentra incluida, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.000 € en centros de libre elección, y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

- MATERIAL ORTOPÉDICO

Quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 70 por cien del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por el Asegurador, en caso contrario, el Asegurado tomará a su cargo los gastos incurridos.

- ASISTENCIA DENTAL

Quedan cubiertos los gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta un límite máximo de 240,40€.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por el Asegurador, en caso contrario, el Asegurado tomará a su cargo los gastos incurridos. Los daños en prótesis, aparatos de ortodoncia u ortopedia dentaria preexistentes quedan excluidos.

- TRASLADO SANITARIO

El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado. El transporte sanitario en ambulancia, sólo está contemplado en los casos en los que la lesión lo exija y sea a Centro Médico Concertado.

Queda cubierto únicamente el primer traslado o evacuación del lesionado a los centros concertados por medio de ambulancia u otro medio similar siempre que:

Se trate de una lesión grave y urgente que no pueda ser atendida por los medios de la organización de la prueba o entrenamiento.

Que el lesionado quede hospitalizado.

En cualquier caso el Asegurador asumirá los gastos derivados de un único traslado.

- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las lesiones que requieran intervención quirúrgica fuera de la Urgencia Vital, se deberán realizar en los centros concertados designados por el Asegurador. No se realizarán intervenciones quirúrgicas en todos los centros concertados, por lo que será el Asegurador el que informará al Asegurado de los centros concertados donde puede realizarse la misma.

En caso de que el lesionado decida no intervenir en el centro concertado facilitado por el Asegurador, deberá firmar un documento de renuncia, pudiendo realizar la misma en un centro de su propia elección.

En este caso el Asegurador no asumirá ningún gasto desde que el lesionado rechaza la continuidad en centro concertado, hasta el alta médica definitiva o estabilización.

El lesionado estará obligado a la entrega al Asegurador del alta definitiva para futuros siniestros si se produjeran.

Las pruebas, tratamientos, agravación de la lesión o consecuencias derivadas de las intervenciones realizadas en centro médico no concertado, no estarán cubiertas por el Asegurador.

- AUTORIZACIONES

Todas las consultas con especialistas, pruebas diagnósticas y tratamientos necesitarán autorización previa del asegurador.

Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del asegurador correrá a cargo del Asegurado.

El Asegurado no podrá acudir simultáneamente o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del asegurador.

- AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria, se hace constar que el periodo de prestación de la garantía de asistencia sanitaria, queda ampliada a 18 meses en lugar de los 12 meses indicados inicialmente.

- DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

Para que el siniestro quede cubierto por la presente póliza, es requisito imprescindible que la declaración de siniestro se comunique previamente llamando al teléfono 93 595 04 60.

EXCLUSIONES

De mutuo acuerdo entre el Tomador y el Asegurador se conviene que las prestaciones contratadas en la presente póliza no dan cobertura a los accidentes padecidos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato o la fecha de adhesión de algún nuevo asegurado aunque las consecuencias del accidente persistan, se manifiesten, se reclamen o se determinen durante la vigencia del mismo.

Al tiempo se hace constar que quedan excluidos los accidentes que sufra el asegurado como consecuencia de su participación en cualquier tipo de prueba o competición deportiva de velocidad o aérea.

EXCLUSION DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MÉDICA

Cuando un deportista tenga abierto un expediente por accidente deportivo causará baja deportiva de forma inmediata. No se podrá incorporar a su deporte y presentar nuevo expediente por accidente deportivo hasta que el facultativo le dé de alta deportiva y sea reconocido por el Asegurador.

EXCLUSION ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS DE LIBRE ELECCION

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria, se hace constar que queda excluida la Asistencia Sanitaria prestada por facultativos y centros médicos de libre elección, excepto la necesaria asistencia de carácter de urgencia vital.

EXCLUSIONES EN LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Quedan excluidas las lesiones no accidentales, enfermedades o patologías crónicas, producidas por la práctica habitual del deporte, por micro-traumatismo repetido y no en un momento puntual, como son:

- Tendinitis y bursitis crónicas (osteopatía dinámica de pubis, codo de tenista, codo de golf, rodilla de saltador, tendinitis del manguito, patología de las inserciones, etc.)

- Patología degenerativa o lesiones derivadas de ella (artrosis, artritis reumatoide, hernias discales, etc.)

- Otros procesos considerados enfermedades del aparato locomotor, como artritis sépticas, enfermedades de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuy, etc.

- Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnostico concreto.

Se entiende por preexistencia aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada. Se excluye expresamente aquellas patologías que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.

- Quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurismas, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado, a excepción de la cobertura el fallecimiento por estas causas con una indemnización de 1.800€.

- En caso de agravación directa o indirecta de las lesiones y secuelas producidas por un accidente cubierto en la póliza, debido a la existencia de enfermedades o secuelas físicas anteriores a la ocurrencia del siniestro, el Asegurador sólo responderá, en cuanto a duración y consecuencias, de las que había probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Igual consideración tendrá la agravación motivada por una falta comprobada de cuidados, la aplicación de un tratamiento empírico o la inobservancia de las prescripciones facultativas.

- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica de su deporte.

- Lesiones degenerativas.

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN DE LA GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA

- Todo el material prescrito en servicios ajenos a la Compañía.

- El material ortopédico prescrito para prevención de accidentes.

- El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas.

- Los gastos derivados de rehabilitación en los casos siguientes:

Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.

Los gastos por tratamiento de algias inespecíficas (no existe causa definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y anti estrés.

Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.

Los gastos por enfermedades cónicas musculotendinosas, reumáticas y degenerativas.

Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.

- Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.

- Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donantes cadáver.

- Tratamientos que implanten cultivos con células madre o de factores de crecimiento.

- Los gastos de farmacia ambulatoria.

- Los gastos originados cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica del deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.

- Los accidentes producidos en período de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva.

- No están comprendidos dentro de la cobertura de la póliza, las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina. En cualquier caso, el Asegurador, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

- El transporte sanitario, excepto el especificado en las coberturas.

PERSONAS ASEGURADAS

El Tomador del seguro se compromete a facilitar una tabla con la relación nominal de las personas aseguradas.

En ningún caso el Asegurador se hará cargo de siniestros de personas que no figuren en la relación nominal de Asegurados, previamente comunicada al Asegurador, ni de aquellas otras excluidas de las Condiciones Generales y Particulares del contrato.

Para las altas que se realicen una vez iniciado el período de cobertura, la prima correspondiente será la íntegra según la categoría correspondiente.

1 Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

A COBERTURA

2 Objeto del seguro

Por el presente contrato MGS, Seguros y Reaseguros S.A. se obliga a satisfacer al ASEGURADO, o en su caso al BENEFICIARIO, las indemnizaciones pactadas para el supuesto de que sufra un accidente cubierto por la póliza.

3 Accidentes cubiertos

3.1. Se entiende por accidente cubierto por la presente póliza, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

En cualquier caso, y salvo pacto en contrario, no quedarán incluidas dentro de la cobertura de la póliza las consecuencias que sufra el ASEGURADO derivadas de infarto de miocardio.

3.2. Los accidentes de aviación que sufra el ASEGURADO quedarán incluidos, siempre que ocupe plaza como pasajero en los siguientes medios de transporte:

- . Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.
- . Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- . Aparatos de transporte de pasajeros que sean propiedad del estado español u organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

3.3. Los accidentes declarados como catastróficos por el Consorcio de Compensación de Seguros se regularán de acuerdo con lo establecido en el punto 15 de la presente póliza.

4 Accidentes excluidos

No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Punto 15).

Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.

5 Personas aseguradas

Quedan amparadas por las garantías de esta póliza todas las personas menores de 70 años.

Asimismo, y en virtud de su estado de salud, disfrutarán de la cobertura de esta póliza las personas que no se encuentren afectadas con intensidad grave de cualquier enfermedad, minusvalía, defecto o lesión, tanto de carácter físico como psíquico. No tendrán la consideración de aseguradas las personas toxicómanas y alcohólicas.

6 Garantías aseguradas

El presente contrato incluye las garantías que a continuación se describen, siempre que hayan sido pactadas en la póliza.

6.1. FALLECIMIENTO

De producirse la muerte del ASEGURADO, se satisfará a los BENEFICIARIOS el capital garantizado y, adicionalmente, los gastos de sepelio, debidamente justificados, hasta el límite de 1.500 Euros. Asimismo, si el fallecimiento se produce fuera del término municipal del ASEGURADO, se incluyen dentro de esta garantía los gastos de traslado del cadáver, hasta un importe máximo de 600 Euros.

6.2. INVALIDEZ PERMANENTE

a) Absoluta: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al ASEGURADO para todo tipo de profesión u oficio y para este supuesto la indemnización a pagar será la totalidad del capital asegurado para esta garantía.

b) Parcial: Se entiende que la invalidez permanente es parcial, cualquiera que no siendo declarada como absoluta, suponga una lesión en el Asegurado que sea irreversible y le produzca pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Invalidez Permanente Parcial, los porcentajes previstos en el siguiente Baremo:

Pérdida completa o impotencia funcional completa y permanente de ambos brazos o manos o de un brazo y una pierna o de un brazo y un pie o de ambas piernas o de ambos pies	100%
Parálisis completa	100%
Trastorno mental incurable que impide cualquier tipo de trabajo	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida total de la visión de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total y absoluta del habla	60%
Pérdida total del olfato o el gusto	3%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria normal	5%
Pérdida total del maxilar inferior o mandíbula	25%
Pérdida total de un testículo	5%
Pérdida total de ambos testículos	15%

Extremidad superior

	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de la extremidad superior	70%	60%
Pérdida total del antebrazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del pulgar y el índice	40%	30%
Pérdida total de 3 dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida total de 3 dedos que no sean ni pulgar ni índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar	22%	18%
Pérdida total del índice	15%	2%
Pérdida total del dedo medio, anular o meñique	8%	6%
Pérdida total del movimiento del hombro	20%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%

Extremidad inferior

Pérdida total de la pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida total de la pierna por debajo de la rodilla	40%
Pérdida total del pie comprendiendo todos los dedos	40%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de uno de los demás dedos del pie	3%
Pérdida total del movimiento del tobillo	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	20%
Pérdida total del movimiento de la cadera	20%
Acortamiento de 5 o más cm. de una extremidad inferior	8%

Columna vertebral

Hernia discal	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra hasta el 25%	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra del 26% al 50%	10%
Fractura o aplastamiento de una vértebra superior al 50%	25%

	Posición neutra	Posición desfavorable
Anquilosis de la columna cervical (7 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de la columna dorsal (12 vértebras)	10%	20%
Anquilosis de la columna lumbar (5 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de toda la columna	42%	70%

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.
2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.
3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos de las mismas pueda superar el 100%.

4. Si el ASEGURADO presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.

5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.

6. Si el ASEGURADO es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

En el supuesto que el ASEGURADO quede afectado por una Invalidez Permanente que supere el grado del 25%, podrá someterse a una intervención de cirugía estética reparadora, asumiendo el ASEGURADOR dichos gastos, hasta el 5% del capital de Invalidez Permanente, con un máximo de 3.000 Euros. La intervención o en su caso la implantación de prótesis, deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.

6.3. INVALIDEZ TEMPORAL

Se entiende por invalidez temporal la situación física determinante del impedimento total del ASEGURADO para dedicarse a sus ocupaciones profesionales, derivándose, por lo tanto, un quebranto económico en los ingresos procedentes de la actividad laboral.

A los efectos de este contrato se considerará impedimento total y consecuentemente se abonará la indemnización diaria pactada, cuando el ASEGURADO deba estar permanentemente en período de internamiento, entendiéndose por tal el tiempo durante el cual el ASEGURADO, por prescripción siempre de un médico y bajo continua asistencia médica, deba estar ingresado en un centro sanitario o permanecer en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido, o se trate de un paciente al que se le haya aplicado férulas, yesos u otro tipo de medio de fijación externa que le impida totalmente dedicarse a sus ocupaciones profesionales.

De producirse alguna de estas circunstancias, se abonará al ASEGURADO la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares, hasta que, en su caso, se determine el grado de invalidez permanente del ASEGURADO, no pudiendo superar el período máximo de 365 días, a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.

En los accidentes de tratamiento quirúrgico el plazo preoperatorio, es decir, el tiempo que medie entre la prescripción de la intervención y su realización no podrá exceder de 30 días, siendo éste el período máximo a indemnizar por el plazo de tiempo antes citado.

6.4. ASISTENCIA SANITARIA

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos que se produzcan hasta el total restablecimiento del ASEGURADO y por un plazo máximo de indemnización de 365 días.

Al propio tiempo, se entenderán incluidas las prótesis internas y los medios de fijación, tanto internos como externos. Quedan expresamente excluidas las prótesis externas y los aparatos ortopédicos.

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el ASEGURADOR.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del ASEGURADO, los costes que deberá soportar el ASEGURADOR quedarán limitados a la cifra de 600 Euros.

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

7 Ámbito de cobertura

7.1. Salvo pacto expreso, la presente póliza otorga cobertura al ASEGURADO durante las veinticuatro horas del día.

7.2. Las garantías cubiertas son válidas para cualquier parte del mundo. Cuando el accidente ocurra en el extranjero y el ASEGURADO no pueda ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en el extranjero en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 Euros.

B - SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

8 Actuación en caso de siniestro

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

Asimismo, deberán permitir la actuación de los peritos designados por el ASEGURADOR para la correcta evaluación del siniestro.

9 Indemnización por Fallecimiento

El ASEGURADOR después de calificar el siniestro como cubierto, pagará o consignará el capital asegurado una vez que el TOMADOR o

BENEFICIARIOS, le hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al ASEGURADO en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de BENEFICIARIO.
- d) Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

De no existir designación expresa de BENEFICIARIO, lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales.

Si el fallecimiento del ASEGURADO sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el ASEGURADOR se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

10 Indemnización por Invalidez Permanente

El ASEGURADOR en función de la documentación facilitada por el ASEGURADO, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.

El ASEGURADOR notificará por escrito al ASEGURADO la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto al respecto por la Ley de Contrato de Seguro.

11 Indemnización por Invalidez Temporal

El ASEGURADO pondrá en conocimiento del ASEGURADOR en un plazo de 72 horas y, en todo caso, en el máximo de 7 días señalado en el punto 8 de las presentes Condiciones Generales, la fecha de ocurrencia del siniestro y sus causas, acompañando el informe médico de primera asistencia médica.

A partir de la citada comunicación, deberán ser los Servicios Médicos del ASEGURADOR quienes validen la baja, atendiendo a su causa y coberturas pactadas, asumiendo, en su caso, el seguimiento médico del ASEGURADO y extendiendo el alta médica cuando así lo consideren, finalizando en esa fecha el periodo de invalidez temporal objeto de esta cobertura.

12 Indemnización por Asistencia Sanitaria

En el caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el ASEGURADOR facilitará al ASEGURADO el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia, para lo cual deberá llamar al teléfono N°. 902 120 863.

C - BASES CONTRACTUALES

13 Declaraciones

13.1. CUESTIONARIO

El TOMADOR del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al ASEGURADOR, de acuerdo con la solicitud-cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas, y que serán la base de la valoración del riesgo por parte del ASEGURADOR.

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

13.2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El TOMADOR del seguro o el ASEGURADO deberán, durante el curso del contrato, comunicar al ASEGURADOR tan pronto como 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. Esta disposición no será de aplicación para la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

14 Actualización anual de las primas

Con el fin de mantener la necesaria suficiencia de las primas, el ASEGURADOR incrementará, en cada vencimiento anual, la prima de la garantía de Asistencia Sanitaria, en un porcentaje equivalente al incremento experimentado por el grupo Medicina del I.P.C. a 31 de diciembre de cada año.

D - RIESGOS EXTRAORDINARIOS**15 Cobertura de riesgos extraordinarios****CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS**

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

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

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

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

15.1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES**15.1.1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS**

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

15.1.2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

15.1.3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

15.2. 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 las lesiones, se requiera.

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

CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR

La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido a su mediador, tras recibir el oportuno asesoramiento sobre las cuestiones que, asimismo, le ha planteado.

DOCUMENTO DE 14 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN MADRID A 5 DE DICIEMBRE DE 2016

El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.

El Tomador

MGS Seguros
El Presidente,



FEDERACION MADRILEÑA DE PIRAGUISMO