

PÓLIZA DE SEGURO

/ Condiciones Particulares

Nº 51353416

Página: 1

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS**APÉNDICE
TOMADOR DEL SEGURO**

NÚMERO GENERAL: 51766977
FEDERACIO CATALANA DE PIRAGÜISME
N.I.F.: G25040411
AVENIDA TORTOSA NUM:88
25007 LLEIDA

COMUNICACIÓN

AVENIDA TORTOSA NUM:88
25007 LLEIDA
MI BUZÓN EN ZONA PRIVADA DE WWW.MGS.ES

FECHA DE EFECTO

12 HORAS DEL DÍA 1 DE NOVIEMBRE DE 2018

**FECHA EFECTO
APÉNDICE**

12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024

DURACIÓN

ANUAL PRORROGABLE

FECHA DE VENCIMIENTO

EL DÍA 1 DE ENERO DE CADA AÑO

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA ANUAL

12.650,31

FORMA DE PAGO

TRIMESTRAL

**SUCURSAL DE SERVICIO
Y LUGAR PARA EL PAGO
DE LA PRIMA**

BARCELONA-CORREDORES
CALLE ENTENÇA NUM:325 -335
08029 BARCELONA

TELEF. 934953222

DISTRIBUIDOR

UNIFEDESORT CORREDORIA D'ASSEGURANCES S.A.
CORREDOR, inscrito en la DGSFP con clave de registro J374GC.

ASEGURADO 1									
FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024								
DESCRIPCION RIESGO	MAJORS DE 16 ANYS								
Nº ASEG.	550								
GARANTÍAS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: right;">6.010,12</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA</td> <td style="text-align: right;">12.020,24</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: right;">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									
PRIMA NETA ANUAL	8.088,00								

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

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

ASEGURADO 2									
FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024								
DESCRIPCION RIESGO	MENORS DE 16 ANYS								
Nº ASEG.	330								
GARANTÍAS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: right;">6.010,12</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA</td> <td style="text-align: right;">12.020,24</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: right;">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									
PRIMA NETA ANUAL	3.009,80								

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

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

ASEGURADO 3					
FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024				
DESCRIPCION RIESGO	TÈCNICS / DELEGATS				
Nº ASEG.	30				
GARANTÍAS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE</td> <td style="text-align: right;">6.010,12</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR</td> <td></td> </tr> </table>	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.010,12	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.010,12				
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR					

PÓLIZA DE SEGURO

/ Condiciones Particulares

Nº 51353416

Página:3

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

ACCIDENTE HASTA	12.020,24
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	12.020,24
ASISTENCIA SANITARIA	

PRIMA NETA ANUAL 273,61**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.

ASEGURADO 4

FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024
DESCRIPCION RIESGO	TEMPORALS 1 DIA
Nº ASEG.	350
GARANTÍAS	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
PRIMA NETA ANUAL	473,76

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.

ASEGURADO 5

FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024
DESCRIPCION RIESGO	TEMPORALS 1 MES
Nº ASEG.	100
GARANTÍAS	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
PRIMA NETA ANUAL	227,83

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

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

ASEGURADO 6	
FECHA DE EFECTO DESCRIPCION RIESGO Nº ASEG.	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024 TEMPORALS 3 MESOS 80
GARANTÍAS	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
PRIMA NETA ANUAL	367,19

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

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

ASEGURADO 7	
FECHA DE EFECTO DESCRIPCION RIESGO Nº ASEG.	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024 ESCOLARS MENORS 20
GARANTÍAS	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
PRIMA NETA ANUAL	106,60

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

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

ASEGURADO 8	
FECHA DE EFECTO	12 HORAS DEL DÍA 1 DE ENERO DE 2024

PÓLIZA DE SEGURO

Nº 51353416

/ Condiciones Particulares

Página:5

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS**DESCRIPCION RIESGO
Nº ASEG.**ARBITRES I JITGES
15**GARANTÍAS**

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	

PRIMA NETA ANUAL

103,52

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**CONDICIONES ESPECIALES PARA USUARIOS DE INSTALACIONES DEPORTIVAS****RIESGOS CUBIERTOS**

La presente póliza cubre única y exclusivamente los accidentes que puedan sufrir los Asegurados como participantes en las actividades deportivas indicadas en la descripción del riesgo y, que en su caso, figuren en la relación facilitada por el Tomador.

Asimismo, están garantizadas por la presente póliza las lesiones corporales que sufran los Asegurados, cuando estas lesiones no sean derivadas o relacionadas con una enfermedad o lesión preexistente.

En el caso de que fallezca 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, cuyo importe no podrá ser superior al que figura en concepto de capital de fallecimiento.

EXCLUSIONES

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

Asimismo quedan excluidos los accidentes que puedan sufrir los asegurados, con motivo de los desplazamientos para acudir a realizar las actividades indicadas en el apartado riesgos cubiertos y el regreso a sus respectivos domicilios.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como

responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos:

Finalidades:

- Gestión de los contratos de seguro.
- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones.
- Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual.
- Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.

Legitimación:

- Consentimiento contractual.
- Interés legítimo del responsable del tratamiento.
- Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Destinatarios:

- En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Derechos:

- A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento.

Procedencia:

- En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento.

Información adicional:

- Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de nuestra página web www.mgs.es

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, y de la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, de su Reglamento de desarrollo y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto, 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 Paseo María Agustín, nº 4, 50004, Zaragoza, España.
3. Puede acceder informe sobre la situación financiera de la solvencia de la Entidad a través de nuestra página web www.mgs.es o solicitarlo en cualquiera de nuestras oficinas.
4. 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 Empresa del Estado Español.

5. 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.

6. 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 918 073 709, 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, al teléfono 913 104 043, así como a través del 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 o a www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones.

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 a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Por vía postal.
- Mi buzón en zona privada de www.mgs.es.
- Telefónicamente, incluso por mensaje de texto.
- Correo electrónico.

El Tomador será responsable de comunicar al Asegurador cualquier modificación de domicilio postal, teléfono y dirección de correo electrónico con el fin de mantener actualizada la información de contacto. El Asegurador realizará la comunicación utilizando el último dato informado por el Tomador de cada uno de estos medios.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador que suscribe reconoce haber recibido en este momento y con anterioridad a la celebración del contrato de seguro la información prevista en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras así como y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 7 y 8 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, y el artículo 27 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico y según la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, así como, en su caso, el documento de información sobre el producto de seguro según el Reglamento de ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017 y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto.

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.

Dentro de las garantías del seguro se incluyen únicamente los accidentes deportivos ocurridos en las competiciones, durante el calentamiento previo y los entrenamientos oficiales.

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 abonar ser 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.

También tendrán cobertura las lesiones traumáticas no accidentales, tales como tirones, roturas o desgarros musculares, contracturas, tendinitis, sobreesfuerzos, en general, todas aquellas lesiones cuando éstas sean fruto de un esfuerzo extraordinario y repentino, durante el desarrollo de la actividad cubierta.

RELACIÓN DE GARANTÍAS Y CAPITALES 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 €.**

- 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 número de teléfono facilitado por el Asegurador en el Protocolo de

Actuación y siempre en un plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro. Para la prestación de asistencia sanitaria de carácter urgente, el plazo máximo se establece a 24 horas.

En caso de incumplimiento de este plazo conllevará la no cobertura del siniestro.

EXCLUSIONES

De mutuo e 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.

EXCLUSIÓN 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.

EXCLUSIÓN ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS DE LIBRE ELECCIÓN

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 GARANTÍA 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 cardiacas y fracturas patologías del Asegurado.

- 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.

- Los que se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte salvo que las mismas están cubiertas expresamente en la póliza.

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

- Lesiones que no tengan un origen traumático.

- Lesiones degenerativas.

- Gonalgias o dolores sin origen traumático (dolores de espalda, ambas rodillas etc.)

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACION DE LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

. Todo material prescrito en servicios ajenos a la Compañía.

. El material ortésico prescrito para prevención de accidentes.

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

- o Los gastos derivados de rehabilitación en los casos siguientes:
 - o Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
 - o 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 estética, problemas psicossomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y anti estrés.
 - o Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
 - o Los gastos por enfermedades crónicas musculotendinosas, reumáticas y degenerativas.
 - o Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.
 - o Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.
 - o Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
 - o Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
 - o Los gastos de farmacia ambulatoria.
 - o 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.
- o Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva.
 - o 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 están contrastadas.
 - o El transporte sanitario, excepto el especificado en las coberturas.

PERSONAS ASEGURADAS

El Tomador del seguro se compromete a la notificación semanal al Asegurador de las altas de asegurados que se vayan produciendo, para poder incorporarlas al contrato según condiciones particulares.

El Tomador deberá remitir hoja de cálculo con la siguiente información:

- Nombre del asegurado.
- Apellidos del asegurado.
- Número de Licencia Federativa.
- Sexo.
- DNI / NIE / Pasaporte.
- Fecha de nacimiento.
- Tipo de Licencia.
- Fecha de alta.

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.

No tendrán la consideración de asegurados y por lo tanto no tendrán cobertura los deportistas profesionales.

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

PRIMA MÍNIMA

La prima total aplicable al período de vigencia del presente seguro ascenderá a la cantidad de 10.080,01 euros, estableciéndose esta como prima en depósito en base a un colectivo de 850 asegurados por lo que, la prima final devengada se calculará en función del número real de asegurados, fijándose como mínimo el 80% de la citada prima, como prima mínima en depósito no extornable.

RIESGOS CUBIERTOS

SE GARANTIZAN LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN SUFRIR LOS ASEGURADOS COMOPARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES, INDICADAS EN LA DESCRIPCIÓN DEL RIESGO, ORGANIZADAS POR EL TOMADOR O POR LOS ORGANISMOS DEPORTIVOS OFICIALES (FEDERACIONES) Y CLUBS DELEGADOS POR ÉSTOS Y, QUE, EN SU CASO, FIGUREN EN LA RELACIÓN DE PERSONAS FACILITADA.

EN EL CASO DE QUE FALLEZCA 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, CUYO IMPORTE NO PODRÁ SER SUPERIOR AL QUE FIGURA EN CONCEPTO DE CAPITAL DE FALLECIMIENTO.

EXCLUSIONES

DE MUTUO ACUERDO ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADOR, SE CONVIENE QUE LAS PRESTACIONES CONTRATADAS EN EL PRESENTE SEGURO NO ALCANZAN A LOS ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DEL CONTRATO O LA FECHA DE ADHESIÓN DE ALGÚN NUEVO ASEGURADO, AUN CUANDO LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE PERSISTAN, SE MANIFIESTEN, SE RECLAMEN O SE DETERMINEN DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.

ASIMISMO, QUEDAN EXCLUIDOS LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN SUFRIR LOS ASEGURADOS, CON MOTIVO DE LOS DESPLAZAMIENTOS PARA ACUDIR A REALIZAR LAS ACTIVIDADES INDICADAS EN EL APARTADO RIESGOS CUBIERTOS Y EL REGRESO A SUS RESPECTIVOS DOMICILIOS.

PRIMAS POR ASEGURADO Y ACTIVIDAD

SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES PRIMAS TOTALES POR ASEGURADO Y ACTIVIDAD:
1. ESPORTISTES MAJORS DE 16 ANYS PRIMA TOTAL DE 15,94 EUROS POR ASEGURADO.
2. ESPORTISTES MENORES DE 16 ANYS PRIMA TOTAL DE 9,9 EUROS POR ASEGURADO.

- 3.ARBITRES/JUTGES PRIMA TOTAL DE 9,9 EUROS POR ASEGURADO.
- 4.ESPORTISTES I DIA PRIMA TOTAL DE 1,50 EUROS POR ASEGURADO.
- 5.ESPORTISTES 1 MES PRIMA TOTAL DE 2,50 EUROS POR ASEGURADO.
- 6.ESPORTISTES 3 MESOS PRIMA TOTAL DE 5 EUROS POR ASEGURADO.
- 7.ESCOLARS PRIMA TOTAL DE 5,8 EUROS POR ASEGURADO.
- 8.ARBITRES I JITGES PRIMA TOTAL DE 7,5 EUROS POR ASEGURADO.

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL APÉNDICE

Las Condiciones Particulares del presente apéndice sustituyen a las anteriores en su totalidad.

1. Sotmetiment a la llei

Aquest contracte es troba sotmès a la Llei de Contracte d'Assegurança i al text refós de la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'Ordenació, Supervisió i Solvència de les Entitats Asseguradores i Reasseguradores i les normes que la desenvolupen, i són vàlides, d'acord amb el que s'estableix en l'article 2n. de l'esmentada Llei de Contracte d'Assegurança, les clàusules contractuals diferents de les legals que siguin més beneficioses per a l'Assegurat.

A - COBERTURA

2. Objecte de l'assegurança

A través d'aquest contracte MGS, Seguros y Reaseguros S.A. s'obliga a satisfer a l'ASSEGURAT, o si escau al BENEFICIARI, les indemnitzacions pactades per al supòsit que pateixi un accident cobert per la pòlissa.

3. Accidents coberts

3.1. S'entén per accident cobert per aquesta pòlissa, segons estableix l'article 100 de la Llei de Contracte d'Assegurança, la lesió corporal que deriva d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'ASSEGURAT, que produeixi invalidesa temporal o permanent o mort.

En qualsevol cas, i llevat que hi hagi pacte que digui el contrari, **no quedaran incloses dins de la cobertura de la pòlissa les conseqüències que pateixi l'ASSEGURAT derivades d'infart de miocardi.**

3.2. Els accidents d'aviació que pateixi l'ASSEGURAT hi quedaran inclosos, **sempre que ocupi una plaça com a passatger en els mitjans de transport següents:**

.Aeronaus degudament autoritzades per les autoritats competents per al transport públic de passatgers.

.Els aparells que siguin propietat d'una empresa industrial o comercial utilitzats exclusivament per al seu servei i que tinguin més d'un motor.

.Els aparells de transport de passatgers que siguin propietat de l'Estat espanyol o un organisme oficial i que, de la mateixa manera, tinguin més d'un motor.

3.3. Els accidents declarats com a catastròfics pel Consorci de Compensació d'Assegurances es regularan segons el que disposa el punt 15 d'aquesta pòlissa.

4. Accidents exclosos

No seran objecte de cobertura d'aquesta pòlissa aquells accidents que, tot i complint els requisits legals exposats en el punt 3, es produeixen en situacions que concretament s'exclouen en la cobertura de Riscos Extraordinaris (punt 15).

Així mateix, queden exclosos el accidents causats directa o indirectament per fissió, fusió nuclear i contaminació radioactiva, independentment de si la causa fos única o concurrent.

5. Persones assegurades

Queden emparats per les garanties d'aquesta pòlissa totes les persones menors de 70 anys.

De la mateixa manera, i en virtut del seu estat de salut, gaudiran de la cobertura d'aquesta pòlissa les persones que no es trobin afectades amb intensitat greu de qualsevol malaltia, minusvalidesa, defecte o lesió, tant de caràcter físic com psíquic. No tindran la consideració d'assegurades les persones toxicòmanes i alcohòliques.

6. Garanties assegurades

Aquest contracte inclou les garanties que tot seguit es descriuen, sempre que hagin estat pactades a la pòlissa.

6.1. DEFUNCIÓ

En cas que es produeixi la mort de l'ASSEGURAT, se satisfarà als BENEFICIARIS el capital garantit i, addicionalment, les despeses de sepeli, degudament justificades, **fins al límit de 1.500 euros**. Així mateix, si la mort es produeix fora del terme municipal de l'ASSEGURAT, s'inclouen dins d'aquesta garantia les despeses de trasllat del cadàver, **fins a un import màxim de 600 euros**.

6.2. INVALIDESA PERMANENT

a) Absoluta: S'entén que la invalidesa permanent és absoluta quan inhabiliti completament l'ASSEGURAT per a tot tipus de professió o ofici i per a aquest supòsit la indemnització que s'haurà de pagar serà la totalitat del capital assegurat per a aquesta garantia.

b) Parcial: S'entén que la invalidesa permanent és parcial, qualsevol que en no ser declarada com a absoluta, suposi una lesió en l'assegurat que sigui irreversible i li produeixi pèrdua funcional o anatòmica d'un membre o òrgan del seu cos. **La indemnització a pagar serà la resultant d'aplicar sobre el capital assegurat per a la invalidesa permanent, els percentatges previstos en el següent barem:**

Pèrdua completa o impotència funcional completa i permanent d'ambdós braços o mans o d'un braç i una cama o d'un braç i un peu o d'ambdues cames o d'ambdós peus	100%
Paràlisi completa	100%
Trastorn mental incurable que impedeix qualsevol tipus de treball	100%
Ceguesa absoluta	100%
Pèrdua total de la visió d'un ull o reducció de la meitat de la visió binocular	30%
Sordesa completa d'ambdues orelles	60%
Sordesa completa d'una orella	15%
Pèrdua total i absoluta de la parla	60%
Pèrdua total de l'olfacte o el gust	3%
Deformació o desviació del septe nasal que impedeixi la funció respiratòria normal	5%
Pèrdua total del maxil·lar inferior o mandíbula	25%
Pèrdua total d'un testicle	5%
Pèrdua total d'ambdós testicles	15%

Extremitat superior

dreta / esquerra

Pèrdua total de l'extremitat superior	70%	60%
Pèrdua total de l'avantbraç o de la mà	60%	50%
Pèrdua total del polze i l'índex	40%	30%
Pèrdua total de 3 dits inclosos el polze i l'índex	35%	30%
Pèrdua total de 3 dits que no siguin ni el polze ni l'índex	25%	20%
Pèrdua total del polze	22%	18%
Pèrdua total de l'índex	15%	2%
Pèrdua total del dit del mig, anular o auricular	8%	6%
Pèrdua total del moviment de l'espatlla	20%	15%
Pèrdua total del moviment del canell	20%	15%

Extremitat inferior

Pèrdua total de la cama per sobre del genoll	50%
Pèrdua total de la cama per sota del genoll	40%
Pèrdua total del peu incloent tots els dits	40%
Pèrdua total del dit gros del peu	8%
Pèrdua total d'un dels altres dits del peu	3%
Pèrdua total del moviment del turmell	15%
Pèrdua total del moviment del genoll	20%
Pèrdua total del moviment del maluc	20%
Eскурçament de 5 cm o més d'una extremitat inferior	8%

Columna vertebral

Hèrnia discal	5%
Fractura o aixafament d'una vèrtebra fins al 25%	5%
Fractura o aixafament d'una vèrtebra del 26% al 50%	10%
Fractura o aixafament d'una vèrtebra superior al 50%	25%

	<u>Posició neutral</u>	<u>Posició desfavorable</u>
--	------------------------	-----------------------------

Anquilosi de la columna cervical (7 vèrtebres)	20%	40%
Anquilosi de la columna dorsal (12 vèrtebres)	10%	20%
Anquilosi de la columna lumbar (5 vèrtebres)	20%	40%
Anquilosi de tota la columna	42%	70%

Regles d'aplicació del barem:

1. La impotència funcional completa i permanent d'una part del cos es considerarà com a pèrdua anatòmica d'aquesta.
2. En cas d'impotència parcial d'una part del cos, la indemnització s'establirà proporcionalment al percentatge corresponent a la pèrdua completa.
3. En el cas de més d'una lesió en el mateix accident, es valorarà cada lesió per separat sense que la suma de les pèrdues pugui superar el 100%.
4. Si l'ASSEGURAT presentés seqüeles prèvies a l'accident, en la valoració total de les lesions es deduirà la quantia corresponent a aquestes seqüeles preexistents.

5. Les lesions que no estiguin recollides com a tals en el barem, s'indemnitzaran segons la seva gravetat per similitud amb les que s'especifiquen en aquest barem.

6. Si l'ASSEGURAT és esquerrà, els percentatges corresponents a l'extremitat superior s'invertiran.

En el supòsit que l'ASSEGURAT quedi afectat per una invalidesa permanent que superi el grau del 25%, es podrà sotmetre a una intervenció de cirurgia estètica reparadora, les despeses de la qual seran assumides per l'ASSEGURADOR fins al 5% del capital d'invalidesa permanent, amb un màxim de 3.000 euros. La intervenció o si escau la implantació de pròtesis s'haurà de fer en un termini màxim de tres anys des de la data de l'accident.

6.3. INVALIDESA TEMPORAL

S'entén per invalidesa temporal la situació física que determini l'impediment total de l'ASSEGURAT per dedicar-se a les seves ocupacions professionals, amb la conseqüència d'una disminució dels ingressos procedents de l'activitat laboral.

A l'efecte d'aquest contracte es considerarà impediment total i conseqüentment s'abonarà la indemnització diària pactada, quan l'ASSEGURAT hagi d'estar permanentment en període d'internament, entenen com a tal el temps durant el qual l'ASSEGURAT, per prescripció sempre d'un metge i sota contínua assistència mèdica, hagi d'estar ingressat en un centre sanitari o estar-se al seu domicili, llevat que l'absència d'aquest últim sigui per motius directament relacionats amb el tractament mèdic al qual estigui sotmès, o es tracti d'un pacient al qual se li hagi aplicat fèrules, guix o un altre tipus de mitjà de fixació externa que li impedeixi totalment dedicar-se a les seves ocupacions professionals.

Si es produís alguna d'aquestes circumstàncies, s'abonarà a l'ASSEGURAT la indemnització diària pactada a les condicions particulars, fins que, si escau, es determini el grau d'invalidesa permanent de l'ASSEGURAT en un termini màxim de 365 dies des de la data en què es va produir l'accident.

En els accidents de tractament quirúrgic el termini preoperatori, és a dir, el temps que estigui entre la prescripció de la intervenció i la seva realització no podrà sobrepassar els 30 dies, i és aquest el període màxim que s'haurà d'indemnitzar pel termini de temps esmentat anteriorment.

6.4. ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Estan cobertes per aquesta garantia les despeses mèdiques, hospitalàries i farmacèutiques que es produeixin fins al restabliment total de l'ASSEGURAT i per un termini màxim d'indemnització de 365 dies.

Al mateix temps, s'hi entendran incloses les pròtesis internes i els mitjans de fixació, tant interns com externs. En queden expressament excloses les pròtesis externes i els aparells ortopèdics.

Aquesta garantia serà prestada a Espanya sense cap límit en el seu import, sempre que ho sigui per metges i en establiments concertats per l'ASSEGURADOR.

Quan l'assistència sigui prestada per metges i establiments de lliure elecció de l'ASSEGURAT, els costos que haurà de suportar l'ASSEGURADOR quedaran limitats a la xifra de 600 euros.

En tot cas, les condicions acordades en el contracte no podran excloure la necessària assistència de caràcter urgent prevista a l'article 103 de la Llei de contracte d'assegurança.

7. Àmbit de cobertura

7.1. Llevat que s'hagi pactat una altra cosa, aquesta pòlissa atorga cobertura a l'ASSEGURAT durant les vint-i-quatre hores del dia.

7.2. Les garanties cobertes són vàlides per a qualsevol part del món. **Quan l'accident s'esdevingui a l'estranger i l'ASSEGURAT no pugui ser traslladat a Espanya, la indemnització de les despeses en què s'incorri a l'estranger en concepte d'assistència sanitària es limitarà a 6.000 euros.**

B - SINISTRES I INDEMNITZACIONS

8. Actuació en cas de sinistre

El PRENEDOR de l'assegurança, l'ASSEGURAT o el BENEFICIARI hauran de comunicar a l'ASSEGURADOR que s'ha esdevingut el sinistre, tan aviat com els sigui possible i sempre dins del termini màxim de 7 dies d'haver-lo conegut.

Així mateix, hauran de permetre l'actuació dels pèrits designats per l'ASSEGURADOR per a la correcta avaluació del sinistre.

En aquells sinistres en els quals el Prenedor tingui la condició d'Assegurat o Beneficiari, l'Assegurador podrà procedir al pagament de la indemnització en el compte bancari que consti indicat a cada moment per a la domiciliació dels rebuts de prima.

9. Indemnització per defunció

L'ASSEGURADOR després de qualificar el sinistre com a cobert, pagarà o consignarà el capital assegurat un cop el PRENEDOR o BENEFICIARIS li hagin presentat els documents següents:

- a) Certificat del metge que hagi atès l'ASSEGURAT, on es detallin les circumstàncies i les causes de la mort.
- b) Certificat en extracte d'inscripció de defunció en el Registre Civil.
- c) Documents que acreditin la personalitat i, si escau, la condició de BENEFICIARI.
- d) Tota documentació que resulti necessària per al compliment de la legislació vigent referent a l'impost sobre successions i donacions.

En cas que no hi hagi designació expressa de BENEFICIARI, ho seran en ordre preferent i exclouent, el cònjuge, els fills a parts iguals i els hereus legals.

Si la mort de l'ASSEGURAT es produeix després d'haver estat determinada la invalidesa i sempre que fos conseqüència directa de l'accident que va originar el sinistre, les quantitats satisfetes per l'ASSEGURADOR es consideraran a càrrec del capital assegurat per al cas de defunció.

10. Indemnització per invalidesa permanent

L'ASSEGURADOR d'acord amb la documentació facilitada per l'ASSEGURAT, així com l'obtinguda pels seus propis mitjans, fixarà el grau d'invalidesa d'aquest, quan el seu estat sigui reconegut com a definitiu, **però sempre dins d'un any des de la data de l'accident.**

L'ASSEGURADOR notificarà per escrit a l'ASSEGURAT la quantia de la indemnització i si aquest mostrés la seva disconformitat amb aquesta xifra o, si fos el cas, amb el grau d'invalidesa proposat, ambdues parts se sotmetran a la decisió de Pèrits Mèdics, d'acord amb el que disposa sobre aquesta qüestió la Llei de Contracte d'Assegurança.

11. Indemnització per invalidesa temporal

L'ASSEGURAT comunicarà a l'ASSEGURADOR en un termini de 72 hores i, en tot cas, en el màxim de 7 dies assenyalat en el punt 8 d'aquestes condicions generals, la data en què s'ha produït el sinistre i les seves causes, adjuntant-hi l'informe mèdic de primera assistència mèdica.

A partir d'aquesta comunicació, hauran de ser els Serveis Mèdics de l'ASSEGURADOR els qui validin la baixa, tenint en compte la seva causa i cobertures pactades; així mateix assumiran, si escau, el seguiment mèdic de l'ASSEGURAT, i estendran l'alta mèdica quan ho considerin oportú, data en la qual finalitzarà el període d'invalidesa temporal objecte d'aquesta cobertura.

12. Indemnització per assistència sanitària

En cas que es produeixi un accident que requereixi assistència sanitària, l'ASSEGURADOR facilitarà a l'ASSEGURAT el metge o centre sanitari on s'ha d'adreçar perquè li sigui prestada aquesta assistència, i per això haurà de trucar al telèfon N°. 917 572 404.

C - BASES CONTRACTUALS

13. Declaracions

13.1. QÜESTIONARI

El PRENEDOR de l'assegurança té el deure, abans de la conclusió del contracte, de declarar a l'ASSEGURADOR, d'acord amb la sol.licitud-qüestionari a què aquest el sotmeti, totes les circumstàncies conegudes per ell i que seran la base de la valoració del risc per part de l'ASSEGURADOR.

Si el contingut de la pòlissa difereix de la proposició d'assegurança o de les clàusules que s'hagin acordat, el PRENEDOR de l'assegurança podrà reclamar a l'ASSEGURADOR, en el termini d'un mes des del lliurament de la pòlissa, que resolgui la divergència existent. Un cop transcorregut aquest termini sense haver fet cap reclamació, caldrà atènyer-se a allò que disposa la pòlissa.

13.2. AGREUJAMENT DEL RISC

El PRENEDOR de l'assegurança o l'ASSEGURAT, durant el curs del contracte, hauran de comunicar a l'ASSEGURADOR, tan aviat com els sigui possible, totes les circumstàncies que agreugin el risc i tinguin una naturalesa tal que faci que si l'ASSEGURADOR les hagués conegut en el moment de la formalització del contracte, no l'hauria clos o ho hauria fet en unes condicions més costoses. Aquesta disposició no és aplicable per a la variació de les circumstàncies relatives a l'estat de salut de l'Assegurat, que en cap cas es consideraran

agreuament del risc.

14. Actualitzacio anual de les primes

Per tal de mantenir la necessària suficiència de les primes, l'ASSEGURADOR incrementarà, en cada venciment anual, la prima de la garantia d'assistència sanitària, en un percentatge equivalent a l'increment experimentat pel grup Medicina del IPC en data 31 de desembre de cada any.

D. RISCOS EXTRAORDINARIS

15. CLÀUSULA D'INDEMNITZACIÓ PEL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES DE LES PÈRDUES DERIVADES D'ESDEVENIMENTS EXTRAORDINARIS EN ASSEGURANCES DE PERSONES

D'acord amb el que estableix el text refós de l'Estatut legal del Consorci de Compensació d'Assegurances, aprovat pel Reial decret legislatiu 7/2004, de 29 d'octubre, el prenedor d'un contracte d'assegurança que incorpora recàrrec a favor de l'entitat pública empresarial esmentada té la facultat de convenir la cobertura dels riscos extraordinaris amb qualsevol entitat asseguradora que compleixi les condicions que exigeix la legislació vigent.

Les indemnitzacions derivades de sinistres produïts per esdeveniments extraordinaris esdevinguts a Espanya o a l'estranger quan l'assegurat tingui la seva residència habitual a Espanya, les ha de pagar el Consorci de Compensació d'Assegurances quan el prenedor hagi satisfet els recàrrecs corresponents a favor seu i es produeixi alguna de les situacions següents:

- a) Que el risc extraordinari cobert pel Consorci de Compensació d'Assegurances no estigui emparat per la pòlissa d'assegurança contractada amb l'entitat asseguradora.
- b) Que, tot i estar emparat per aquesta pòlissa d'assegurança, les obligacions de l'entitat asseguradora no es puguin complir per haver estat declarada judicialment en concurs o perquè està en un procediment de liquidació intervinguda o assumida pel Consorci de Compensació d'Assegurances.

El Consorci de Compensació d'Assegurances ha d'ajustar la seva actuació al que estableixen l'Estatut legal esmentat, la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança, el Reglament de l'assegurança de riscos extraordinaris aprovat pel Reial decret 300/2004, de 20 de febrer, i les disposicions complementàries.

15.1. RESUM DE LES NORMES LEGALS

15.1.1. ESDEVENIMENTS EXTRAORDINARIS COBERTS

- a) Els fenòmens de la natura següents: terratrèmols i sismes marins, inundacions extraordinàries, incloses les produïdes per embats de mar, erupcions volcàniques, tempesta ciclònica atípica (incloent-hi els vents extraordinaris de ràfegues superiors a 120 km/h i els tornados) i caigudes de cossos siderals i aeròlits.
- b) Els provocats de manera violenta a conseqüència de terrorisme, rebel·lió, sedició, motí i avalot popular.
- c) Els fets o les actuacions de les forces armades o de les forces i els cossos de seguretat en

temps de pau.

Els fenòmens atmosfèrics i sísmics, d'erupcions volcàniques i la caiguda de cossos siderals s'han de certificar, a instàncies del Consorci de Compensació d'Assegurances, mitjançant informes expedits per l'Agència Estatal de Meteorologia (AEMET), l'Institut Geogràfic Nacional i els altres organismes públics competents.

En els casos d'esdeveniments polítics o socials, així com en el cas de danys produïts per fets o actuacions de les forces armades o de les forces o cossos de seguretat en temps de pau, el Consorci de Compensació d'Assegurances pot sol·licitar als òrgans jurisdiccionals i administratius competents informació sobre els fets esdevinguts.

15.1.2. RISCOS EXCLOSOS

- a) Els que no donin lloc a una indemnització segons la Llei de contracte d'assegurança.
- b) Els que es produeixin a persones assegurades amb un contracte d'assegurança en què no és obligatori el recàrrec a favor del Consorci de Compensació d'Assegurances.
- c) Els produïts per conflictes armats, tot i que no hi hagi hagut declaració oficial de guerra.
- d) Els derivats de l'energia nuclear, sense perjudici del que estableix la Llei 12/2011, de 27 de maig, sobre responsabilitat civil per danys nuclears o produïts per materials radioactius.
- e) Els produïts per fenòmens de la natura diferents dels que assenyalava l'apartat 1 a anterior i, en particular, els produïts per elevació del nivell freàtic, moviment de vessants, esllavissament o assentament de terrenys, desprendiment de roques i fenòmens semblants, tret del cas que aquests siguin ocasionats manifestament per l'acció de l'aigua de pluja que, al seu torn, hagi provocat a la zona una situació d'inundació extraordinària i es produeixin amb caràcter simultani a aquesta inundació.
- f) Els causats per actuacions tumultuàries produïdes en el curs de reunions i manifestacions portades a terme d'acord amb el que disposa la Llei orgànica 9/1983, de 15 de juliol, reguladora del dret de reunió, i durant vagues legals, tret del cas que aquestes actuacions es puguin qualificar d'esdeveniments extraordinaris dels que s'indiquen en l'apartat 1 b anterior.
- g) Els causats per mala fe de l'Assegurat.
- h) Els corresponents a sinistres produïts abans del pagament de la primera prima o quan, d'acord amb el que estableix la Llei de contracte d'assegurança, la cobertura del Consorci de Compensació d'Assegurances estigui suspesa o l'assegurança quedi extingida per falta de pagament de les primes.
- i) Els sinistres que, per la magnitud i la gravetat, el Govern qualifiqui de catàstrofe o calamitat nacional.

15.1.3. EXTENSIÓ DE LA COBERTURA

1. La cobertura dels riscos extraordinaris cobreix les mateixes persones i les mateixes sumes assegurades que s'han establert a les pòlisses d'assegurança a l'efecte de la cobertura dels riscos ordinaris.

2. En les pòlisses d'assegurança de vida que, d'acord amb el que preveu el contracte i amb la normativa reguladora de les assegurances privades, generin provisió matemàtica, la cobertura del Consorci de Compensació d'Assegurances es refereix al capital en risc per a

cada assegurat, és a dir, a la diferència entre la suma assegurada i la provisió matemàtica que l'entitat asseguradora que l'hagi emesa hagi de tenir constituïda. L'entitat asseguradora esmentada ha de satisfer l'import corresponent a la provisió matemàtica.

15.2. COMUNICACIÓ DE DANYS AL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES

1. La sol·licitud d'indemnització de danys la cobertura dels quals correspongui al Consorci de Compensació d'Assegurances s'ha de fer mitjançant una comunicació al Consorci duta a terme pel prenedor de l'assegurança, l'assegurat o el beneficiari de la pòlissa, o per qui actuï per compte i nom dels anteriors, o per l'entitat asseguradora o el mediador d'assegurances amb la intervenció del qual s'hauria gestionat l'assegurança.

2. La comunicació dels danys i l'obtenció de qualsevol informació relativa al procediment i a l'estat de tramitació dels sinistres es pot fer:

- Trucant al centre d'atenció telefònica del Consorci de Compensació d'Assegurances (900 222 665 o 952 367 042).

- Per mitjà del lloc web del Consorci de Compensació d'Assegurances (www.conorseguros.es).

3. Valoració dels danys: la valoració dels danys que siguin indemnitzables d'acord amb la legislació d'assegurances i amb el contingut de la pòlissa d'assegurança l'ha de fer el Consorci de Compensació d'Assegurances, sense que aquest quedi vinculat per les valoracions que, si escau, hagi fet l'entitat asseguradora que cobreix els riscos ordinaris.

4. Abonament de la indemnització: el Consorci de Compensació d'Assegurances ha de pagar la indemnització al beneficiari de l'assegurança per mitjà d'una transferència bancària.

IDIOMA OFICIAL

El Prenedor de l'assegurança ha triat rebre el Condicionat General de la pòlissa en català.

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.

DOCUMENTO DE 25 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN BARCELONA A 21 DE DICIEMBRE DE 2023

Con el objetivo de dotar al presente contrato de mayor seguridad, este documento incorpora un certificado electrónico emitido por CA - MGS, Seguros y Reaseguros S.A. y un código seguro de verificación generado específicamente acorde a su contenido.

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,



FEDERACIO CATALANA DE