



RAMO: ACCIDENTES

Nº DE POLIZA: 08061873-14010

CONDICIONES PARTICULARES

Nº de Póliza:	08061873-14010	Nº Suplemento: 6 – RENOVACION 2018
Agente:	TECNI SYSTEM BROKER	

Tomador del Seguro:	FEDERACIO CATALANA D'AUTOMOBILISME	
Asegurados:	Ver "Grupo Asegurado"	
Dirección:	Consell del Cent, 445 – 1º 08013 Barcelona	
Domicilio de Cobro:	El mismo	
CIF:	G08582785	

Efecto:	Desde las cero horas del día:	01 de enero de 2018
Vencimiento:	Hasta las veinticuatro horas del día	31 de Diciembre de 2018
Duración del Seguro:	Anual sin tática renovación	Forma de Pago: Anual

GARANTIAS CONTRATADAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN POR ASEGURADO

OPCION A) REGULARIDAD HISTORICA Y HABILIDAD

Garantía	Limite Asegurado
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO (Mayores de 14 años)	12.020,24 EUR
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO Menores de 14 años (Gastos de sepelio)	3.005,06 EUR
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO (INCLUIDO BAREMO DE PARCIALES)	24.040,48 EUR
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO en centros concertados	ILIMITADA
CÚMULO MÁXIMO POR SINIESTRO	10.000.000 EUR

La/s anterior/es suma/s asegurada/s, así como sus correspondientes sublímites, pueden estar sujetas a tributación según la legislación aplicable; en tal caso, la cantidad a liquidar por el asegurador al asegurado o, en su caso, al beneficiario, en concepto de indemnización, podrá variar por aplicación de la correspondiente retención a cuenta del IRPF.


Detalle del Recibo:

Periodo	Prima neta	Consortio	Impuestos	Importe Total
01/01/2018 – 31/12/2018	1.867,50	9,96	114,85	1.992,31

Se establece una prima neta mínima no extornable para la temporada 2018 de 1867,50 EUROS.

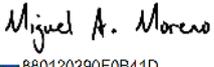
Conforme al número de altas comunicadas se procederá a la regularización trimestral de la prima de la Póliza.

Emitido en Madrid, a 26 de Diciembre de 2017.

El Tomador del Seguro

DocuSigned by:

 700EDBC9FB2048A...

DocuSigned by:

 880120290E0B41D...

HDI Global SE
 Sucursal en España



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1.- CONDICIONES APLICABLES

Serán de aplicación a este contrato las presentes Condiciones Particulares, así como las anexas Condiciones Generales del seguro de grupo.

RÉGIMEN JURÍDICO:

Carácter del contrato. Este contrato tiene carácter privado.

En cuanto a sus efectos y extinción, se regirá por las normas de derecho privado siguientes:

La Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

La parte que subsiste vigente de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

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

La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de seguros y reaseguros privados.

Y por el resto de disposiciones de derecho privado de general y concordante aplicación.

ARTÍCULO 2.- TOMADOR

FEDERACIO CATALANA D'AUTOMOBILISME

Consell del Cent, 445 – 1º

08013 Barcelona

CIF: G08582785

ARTÍCULO 3.- FECHA DE EFECTO:

Las 00:00h del 1 de Enero de 2018

ARTÍCULO 4.- FECHA DE VENCIMIENTO:

Las 24:00h del 31 de Diciembre de 2018

ARTÍCULO 5.- EDAD LÍMITE:

La edad límite de cobertura de cada Asegurado es 70 años, si bien se incluyen los mayores de esa edad, siempre y cuando se haya realizado previamente la identificación de los mismos, y se haya comunicado a la Entidad Aseguradora, teniendo ésta la potestad para que en algún caso, por circunstancias especiales, pueda denegar la inclusión en las coberturas de la Póliza o requerir certificados o reconocimientos médicos específicos.

ARTÍCULO 6.- GRUPO ASEGURADO

Se considera Grupo Asegurado a los Pilotos, Copilotos y participantes oficiales con acreditación expedida por la Federación durante su participación en los Rallyes de Regularidad Histórica organizados por el Tomador o por Clubs asociados al mismo.

A estos efectos quedarán cubiertos los accidentes que pudieran acaecer a los asegurados durante el recorrido regular y a una velocidad no superior a 55 kilómetros por hora, por las vías abiertas al tráfico en las que tenga lugar el evento, excluyéndose por tanto cualquier tipo de competición distinta a ésta.

ARTÍCULO 7.- OBJETO DEL SEGURO

Estarán cubiertos los accidentes que sean derivados de la práctica oficial deportiva de la federación tomadora de la póliza de seguros en los términos previstos por los artículos 100, 105 y 106 de la Ley



50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y con arreglo a las prestaciones que se detallan en el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio.

En tal sentido, la póliza da cobertura a las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violento, súbito y externo durante la práctica deportiva.

Quedan excluidas las lesiones preexistentes y/o crónicas.

ARTÍCULO 8.- GARANTÍAS ASEGURADAS

OPCION A)

Fallecimiento Accidental:

- Fallecimiento como consecuencia de accidente deportivo para mayores de 14 años: € 12.020,24
- Fallecimiento durante la práctica deportiva, pero sin causa directa de la misma: € 1.803,04
- Fallecimiento como consecuencia de accidente deportivo para menores de 14 años: € 3.005,06 en concepto de Gastos de Sepelio.

Invalidez Permanente Absoluta:

OPCION A)

- Invalidez Absoluta y Permanente como consecuencia de accidente: € 24.040,48

Se considera como Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente la situación física irreversible provocada por un accidente cubierto por la póliza y determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados.

Si del accidente resultase una Invalidez Permanente Parcial del Asegurado, el importe de las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador será el resultado de aplicar a la suma asegurada estipulada para caso de Invalidez Permanente Absoluta, los porcentajes que a continuación se detallan.

Lesiones permanentes

porcentaje

Cráneo

- Trastornos postconmocionales, síndrome subjetivo de traumatismo craneal 15%
- Alteración del habla sin posibilidad de comunicación 30%



- Epilepsia postraumática que requiera tratamiento continuado 20%
- Amnesia total postraumática 40%

Cara

- Pérdida del maxilar superior 40%
- Ablación de la mandíbula inferior 30%
- Pérdida de la nariz 30%
- Pérdida del olfato 10%
- Amputación de la lengua 30%
- Pérdida del gusto 10%
- Pérdida de los dos ojos o ceguera absoluta 100%
- Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo 30%
- Pérdida del pabellón auditivo unilateral 10%
- Sordera completa de los dos oídos 60%
- Sordera completa de un oído 20%

Tronco

- Fractura con consolidación viciosa de costillas y/o esternón 3%
- Fractura con consolidación viciosa de clavícula 5%
- Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
- Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
- Traqueotomizado permanente con cánula 30%
- Mamectomía unilateral 15%
- Mamectomía bilateral 30%

Abdomen y pelvis

- Pérdida total del bazo 15%
- Pérdida de un riñón 25%
- Pérdida de dos riñones 70%
- Destrucción completa del pene 35%
- Pérdida traumática de un testículo 15%
- Pérdida traumática de los dos testículos 30%
- Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves 35%
- Pérdida de la matriz 30%
- Pérdida de un ovario 15%
- Pérdida de los dos ovarios 30%

Columna cervical

- Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 25%

Columna dorso lumbar

- Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación superior al 30% 25%
- Pérdida de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación inferior al 30% 15%
- Afectación traumática de una vértebra o un disco intervertebral 5%

Extremidades superiores

Pérdida funcional completa o amputación:

- De ambos brazos o ambas manos 100%
- De una mano o un brazo y un pie o una pierna 100%



- De un brazo	75%
- De una mano por la muñeca	60%
- Del dedo pulgar	22%
- Del dedo índice	15%
- De uno de los demás dedos de la mano	10%

Pérdida total de movimiento:

- Del hombro	25%
- Del codo	20%
- De la muñeca	15%

Extremidades inferiores

Pérdida funcional completa o amputación:

- De ambas piernas o pies	100%
- De un pie o una pierna y de una mano o de un brazo	100%
- De una pierna por encima de la rodilla	75%
- De una pierna por debajo de la rodilla	60%
- De un pie	50%
- Del dedo gordo de un pie	10%
- De uno de los demás dedos del pie	5%

Pérdida total de movimiento:

- De la cadera	30%
- De la rodilla	25%
- Del tobillo	20%

Acortamiento de un miembro:

- Inferior a 3 cm	10%
- Superior a 3 cm	15%
- Fractura no consolidada	20%

Serán de aplicación como complemento del anterior baremo, las siguientes normas:

La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente, se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con máximo del 100 por 100 de la Suma Asegurada para esta garantía.

La suma de porcentajes de indemnización por varios tipos de Invalidez Parcial en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, los porcentajes previstos referentes al miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.

Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial, serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.

Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y la que resulte después del accidente.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley 50/1980. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Entidad Aseguradora

en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos conforme a los artículos 38 y 39 de la citada Ley.

Asistencia Sanitaria:

Como consecuencia de accidente deportivo, con las siguientes condiciones:

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

No obstante, regirán las siguientes limitaciones:

- a) Material ortopédico, de carácter curativo, no preventivo necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza: 100% de su coste.
- b) Gastos de odonto-estomatología necesarios a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza 400 €.
- c) Asistencia sanitaria prestada fuera de territorio español: 6.010,12 €

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

- Asistencia médica en los centros o por los facultativos concertados, en todo el territorio nacional.

- Queda expresamente establecido que se considerará como fecha del siniestro, para todas las garantías de la póliza, la fecha de ocurrencia del accidente.
- Las garantías de fallecimiento e invalidez no serán acumulables.
- En caso de que se hayan contratado varios tipos de Incapacidad Permanente, no serán acumulables las indemnizaciones que pudieran corresponder por la aplicación de varias de ellas.
- La calificación de incapacidad permanente absoluta del Asegurado corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social o mediante sentencia judicial firme.

El Tomador no dará de baja de la póliza a los asegurados que se hallen en trámite de solicitar la declaración de incapacidad permanente hasta que se dictamine, en su caso, la correspondiente resolución definitiva, y ello, a fin de garantizar en todo momento la cobertura del presente seguro.

ARTÍCULO 9.- PAGO Y REGULARIZACIÓN DE PRIMAS

Se establece como prima mínima total no extornable la cantidad de 1.992,31 EUROS

El importe de la prima deberá ser satisfecho a la Compañía de Seguros a través del corredor.



El Tomador comunicará a la Compañía, al inicio de cada evento, el nombre, domicilio, número de licencia, y tipo de evento al que han de adscribirse los federados con licencia vigente en la fecha de efecto del seguro.

Se procederá a una regularización trimestral conforme a las altas comunicadas.

La aseguradora podrá modificar anualmente las primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios.

ARTÍCULO 10.- RIESGOS EXCLUIDOS

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

Cuando no se cumplan las condiciones anteriores o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad.

Autolesiones intencionadas, suicidio o intento de suicidio.

Cuando se produzcan en estado de drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, reyerta o cuando medie malicia propia o culpa grave, sin perjuicio de que la aseguradora inicie las acciones que procedan.

Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las leyes, ordenanzas y reglamentos deportivos.

Cuando se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte, salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo o intervención económica de las comunidades autonómicas o consejo superior de deportes y federaciones o con otras instituciones siempre que figuren en convenio.

Cuando el accidente esté cubierto por otra póliza contratada por el asegurado debido a su condición de profesional. En todo caso, los profesionales que no teniendo otra cobertura específica hagan uso de la presente póliza estarán sometidos a las prestaciones sanitarias en clínicas y médicos concertados por la compañía aseguradora, quedando excluido de las garantías de la póliza, para todos los asegurados, la libre elección.

Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte, así mismo, en caso de recibidas, si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidentes tramitado.

Salvo para los deportistas de las federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.

Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte, si no con actividades profesionales paralelas.

Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

Los accidentes cuya cobertura deba asumir el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

Todo el material prescrito en servicios ajenos a la aseguradora.

El material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes, sean deportivos o no.

El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.), en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.



Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.

Los gastos de farmacia ambulante.

ARTÍCULO 11.- DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

La declaración de siniestro la realizará el Tomador de la póliza, acompañando a dicha declaración los justificantes necesarios para probar la cobertura del asegurado según la presente póliza.

Se acompaña Anexos con el protocolo de actuación y parte de siniestros a cumplimentar y sellar por la Federación, en caso de requerir Asistencia Sanitaria.

La presente póliza no cubrirá aquellos accidentes que, siendo declarados por los Asegurados o sus representantes legales, el Tomador del seguro no tenga la debida constancia, o éste no los haya declarado o los declare en un periodo de siete días desde que tenga conocimiento de los mismos.

ARTÍCULO 12.- BENEFICIARIOS

En caso de invalidez el beneficiario será el propio asegurado.

En caso de fallecimiento los beneficiarios, salvo indicación en contra del asegurado, serán por orden preferente y excluyente:

1. El cónyuge.
2. Hijos a partes iguales.
3. Padres a partes iguales.
4. Herederos legales.

Por tanto, se conviene expresamente que el Tomador renuncia a la facultad de designación de beneficiario para la percepción de las prestaciones de esta póliza.

ARTÍCULO 13.- CLÁUSULA DEROGATORIA

Queda derogada y/o modificada cualquier Condición General o Especial que se oponga o contradiga lo establecido en estas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 14. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El *Tomador del Seguro* o *Asegurado* podrá, de conformidad con lo dispuesto en la Orden Ministerial ECO/734/2004 de 11 de marzo, dirigir cualquier queja o reclamación por escrito al Servicio de Atención al Cliente del *Asegurador* al domicilio en Madrid señalado en el apartado anterior o por medio de correo electrónico a la siguiente dirección: atencionalcliente@es.hdi.global

Asimismo, tanto el *Tomador del Seguro* como el *Asegurado* podrán voluntariamente someter sus divergencias con el *Asegurador* a decisión arbitral.

En cualquier caso, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del *Asegurado*.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Jueces y Tribunales españoles, el *Tomador del Seguro* o el *Asegurado* podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones si consideran que el asegurador ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato de seguro.



INFORMACIÓN A LOS ASEGURADOS

El tomador del seguro expresamente se compromete a facilitar a los asegurados toda la anterior información, así como la que afecte a los derechos y obligaciones de estos.

ARTÍCULO 15 .- CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN

Aceptación expresa

La presente póliza no será vinculante para el *Asegurador* si en las Condiciones Particulares no figura la firma de un representante autorizado del asegurador.

La presente póliza está formada por las presentes Condiciones Particulares, Condiciones Generales y otros documentos como certificados o suplementos emitidos a la misma.

El *Tomador del Seguro* reconoce expresamente haber recibido dicha documentación, manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas. Asimismo, reconoce expresamente haber recibido toda la información contenida en el apartado 14 (Información al *Tomador del Seguro*) el día de la firma del presente contrato, pero con anterioridad a la misma.

El *Tomador del Seguro* manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de la presente póliza y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y, para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas.

Protección de Datos Personales

Los datos personales facilitados se incluirán en ficheros automatizados que se conservarán, de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal, por HDI Global SE Sucursal en España. El Tomador podrá dirigirse a la Sociedad para pedir su consulta, actualización, rectificación o cancelación, si así lo desea.

El Tomador/Asegurado otorga su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras Entidades Aseguradoras u Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de Coaseguro o Reaseguro.

Las Sociedades del Grupo Talanx tendrán acceso a tales datos personales, que podrán ser utilizados para ofrecer al Tomador/Asegurado ofertas, servicios y productos que sean de su interés.

HDI Global SE, Sucursal en España inscrita en el R.M. de Madrid, tomo: 31.792. Folio: 108. Sección 8. Hoja M-572094. Inscripción 1ª. Autorizada por O.M. de fecha 27.01.2014, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras Nº E - 213. C.I.F. W0049757H.



ANEXO I

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por HDI Global SE, Sucursal en España.

Deberán seguirse obligatoriamente en todo los casos los siguientes pasos:

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

2. El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al **Centro de Atención 24 horas de CANAL SALUD 24 S.L. teléfono 91 7371653**

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club o Entidad Deportiva en la que ocurre el siniestro.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte por fax a CANAL SALUD 24 S.L. al número 91 7374568 o via e-mail a gestion@canalsalud24.com;**

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

4. En casos de **ASISTENCIA DE URGENCIA O PRIMEROS AUXILIOS**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos HDI Global SE, Sucursal en España 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 deportivo garantizado en la póliza, conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio. Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.
En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, HDI Global SE, Sucursal en España no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

Cuando un asegurado accidentado se presente en uno de los Centros Concertados por HDI Global SE, Sucursal en España, deberá presentar la licencia y su D.N.I.



AUTORIZACIONES

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

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

En estos casos el médico o Centro Médico concertado solicitará a CANAL SALUD 24 S.L. dicha autorización al fax nº 91 7374568. Junto con la autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose por fax, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

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

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a CANAL SALUD 24 S.L. el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por CANAL SALUD 24 S.L. No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados (excepto asistencias de urgencias y/o primeros auxilios)

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



ANEXO II

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACIO CATALANA D'AUTOMOBILISME
Nº DE PÓLIZA	08061873-14010
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) El N° de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia 91 737 16 53

DATOS DEL ACCIDENTADO

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

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE:

D. Dña. _____, Con DNI nº _____

En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

CENTRO SANITARIO: _____

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

HDI Global SE, Sucursal en España, CANAL SALUD 24 S.L. y CANAL SALUD GLOBAL, S.L. como entidades colaboradoras asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad CANAL SALUD 24 S.L. y CANAL SALUD GLOBAL, S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.

Firma y sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado



SEGURO DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

CONDICIONES GENERALES

CAPITULO PRELIMINAR

RÉGIMEN JURÍDICO Y DEFINICIONES

CLÁUSULA PRIMERA. Régimen Jurídico.

1. El presente contrato de seguro se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980) en lo que tenga de imperativo, y en lo que tenga de dispositivo cuando no haya pacto expreso en contrario, y por lo convenido por las partes en las Condiciones Generales y Especiales del mismo. Las previsiones de estas últimas son de preferente aplicación respecto de las primeras, en todo aquello en que se contradigan.

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA. Definiciones.

1. **ASEGURADOR:** La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

2. **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

3. **ASEGURADO:** Cada una de las personas cuya vida o integridad corporal es el objeto del seguro.

En el caso de ser personas distintas el Tomador del Seguro y el asegurado, será preciso el consentimiento de éste para la concertación del seguro, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

4. **BENEFICIARIO:** Persona o personas que han de percibir la indemnización. Para las coberturas de invalidez, permanente o parcial, y de asistencia sanitaria, el beneficiario será siempre el Asegurado.

5. **PÓLIZA:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales; las Particulares, que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

6. **PRIMA:** El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

7. **ACCIDENTE:** La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca alguna de las siguientes consecuencias:

a) **La MUERTE dentro de los 12 meses siguientes a contar desde la fecha del accidente, esté o no, la póliza, en vigor; o en un momento posterior a dicho límite siempre que el Beneficiario pueda demostrar la relación de causa y efecto entre el accidente y la muerte.**

b) **La INVALIDEZ PERMANENTE comprobada y fijada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente.**

c) La INVALIDEZ TEMPORAL para el trabajo.

d) GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA.

CAPITULO PRIMERO

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

CLÁUSULA TERCERA. Objeto del seguro.

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



CLÁUSULA CUARTA. Riesgos excluidos.

Se excluyen de la cobertura de la póliza los accidentes:

- a) Provocados intencionadamente por el Asegurado.
- b) Producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes.
- c) Ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, y en cualquier caso los derivados del uso de motocicletas y ciclomotores, sea como conductor o como ocupante, a no ser que expresamente se incluya este riesgo mediante el pago de la oportuna sobreprima y se haga constar expresamente la inclusión en las Condiciones Particulares.
- d) Que resulten de la utilización por el Asegurado de aparatos de navegación aérea, salvo que se trate de vuelos como pasajeros en líneas regulares o vuelos "charter", y los ocasionados durante viajes submarinos.
- e) Que sean debidos a la guerra, civil o extranjera, así como los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- f) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes, tempestad ciclónica atípica, terremotos o temblores y desprendimientos de tierra, otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, y, en general, por cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico.
- g) Ocasionados por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- h) Originados con ocasión de duelos, desafíos, apuestas o riñas, a no ser que en este último caso el Asegurado haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o de bienes.
- i) Lesiones debidas a reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte, así como en cualquier caso, los derivados del ejercicio de los siguientes: fútbol, rugby, baloncesto y balonmano; boxeo, judo y cualquier otro de lucha corporal; deportes aéreos, incluido paracaidismo; caza mayor fuera de España; espeleología; deportes submarinos;

deportes acuáticos practicados a más de 3 Kilómetros de la orilla o costa; automovilismo y motorismo; esquí y escalada; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo; y también el toreo y encierro de reses bravas.

No obstante, todas estas actividades podrán ser objeto de cobertura, mediante el pago de una sobreprima, cuando así se haga constar expresamente en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA QUINTA. Supuestos que no se consideran accidentes a los efectos del presente contrato.

1. No se consideran accidentes y, por consiguiente, en ningún caso se garantizan por esta póliza:
 - a) Las enfermedades de todas clases que no sean consecuencia directa de un accidente cubierto en esta póliza.
 - b) Las lesiones corporales que se produzcan a consecuencia de una enfermedad o por enajenación mental.
 - c) Los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, angina de pecho, etc.), así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de las anteriores causas.
 - d) Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.
 - e) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en este contrato.
 - f) Las intoxicaciones alimenticias, las insolaciones y congelaciones y otras consecuencias de la acción de la temperatura que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en esta póliza.
 - g) Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.
2. En el caso de que las consecuencias derivadas de un accidente cubierto por el presente contrato se agravaran a causa de una enfermedad o estado morboso preexistentes, o posteriores al mismo pero de distinto origen, el Asegurador quedará exclusivamente obligado por aquellas consecuencias directas, considerándose como tales las que normalmente experimentaría una persona que no adoleciera de tal enfermedad o no padeciera aquel estado morboso.



CLÁUSULA SEXTA. Designación, modificación o revocación de beneficiarios.

La designación del beneficiario corresponde al Tomador del Seguro. Le corresponde igualmente su modificación o revocación, sin que para ello sea preciso el consentimiento del Asegurador.

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

Si al tiempo del fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por la presente póliza no hubiere beneficiario designado, será considerado como tal el Tomador del seguro.

CLÁUSULA SÉPTIMA. Personas que no pueden tener la condición de Asegurados.

No pueden tener la condición de Asegurado:

1. Para caso de muerte, los menores de catorce años y los incapacitados.
2. Para la totalidad de las coberturas, las personas ciegas, paralíticas, sordas, los afectados de enajenación mental, apoplejía, hemofilia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), epilepsia, alcoholismo y toxicomanía, así como las mayores de 65 años. No obstante, en este último caso, el Asegurador podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes hasta cumplir el Asegurado la edad de 70 años.

El contrato quedará automáticamente privado de cualquier tipo de efectos al presentarse cualquiera de las enfermedades citadas durante la vigencia de la póliza, así como al término del periodo de cobertura en el que el Asegurado alcance la edad de 70 años.

CLÁUSULA OCTAVA. Ámbito territorial de la cobertura.

La cobertura del presente seguro alcanza a los accidentes ocurridos en todo el mundo para el caso de muerte e invalidez permanente, y exclusivamente a los ocurridos en territorio español para los demás daños.

CLÁUSULA NOVENA. Concurrencia de seguros.

El Tomador está obligado a comunicar al Asegurador la concertación de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber facultará al Asegurador a reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen por esta causa, si bien no podrá deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

CAPITULO SEGUNDO

INDEMNIZACIONES GARANTIZADAS

CLÁUSULA DÉCIMA. En caso de muerte.

Quando como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y dentro del período de un año contado desde su acaecimiento (o en un momento posterior a dicho límite siempre que el Beneficiario pueda demostrar la relación de causa y efecto entre el accidente y la muerte), fallezca el Asegurado, el Asegurador deberá satisfacer al Beneficiario el capital fijado para esta eventualidad en las Condiciones Particulares de la Póliza. Tal obligación subsistirá durante dicho período aunque no se halle en vigor la póliza en el momento del fallecimiento, siempre, naturalmente, que el accidente se produzca durante la vigencia de aquélla.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA. En caso de invalidez permanente.

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

- Por la pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de ambos brazos o manos, piernas o pies; o de un brazo y un pie, o de un brazo y una pierna, y una mano y un pie		100%
- Enajenación mental, absoluta e incurable		100%
- Ceguera absoluta o parálisis completa		100%
- Pérdida total de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas		100%
	<u>Dcho.</u>	<u>Izdo.</u>
- Pérdida total de un brazo o una mano	60%	50%
- Pérdida total del movimiento del hombro	25%	20%
- Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
- Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%
- Pérdida total del pulgar y el índice	40%	30%



- Pérdida total de tres dedos comprendidos el pulgar o el índice	35%	30%	- Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior (La pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la 3ª falange del dedo que corresponda)	15%
- Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25%	20%	- Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
- Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30%	25%	- Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
- Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	20%	17%	- Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
- Pérdida total del pulgar sólo	22%	18%	- Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%
- Pérdida total del índice sólo	15%	12%	- Si la visión del otro estaba perdida antes del accidente	50%
- Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique	10%	8%	- Sordera completa de los dos oídos	40%
- Pérdida total de dos de estos últimos dedos (La pérdida anatómica total de un metacarpiano será equivalente a la pérdida de la 3ª falange del dedo y mano a que corresponda)	15%	12%	- Sordera completa de un oído	10%
- Pérdida total de una pierna o amputación por encima de la rodilla		50%	- Si la sordera del otro existía antes del accidente	20%
- Pérdida parcial de una pierna por debajo de la rodilla o amputación de un pie		40%	- Pérdida total de una oreja	7,50%
- Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos		40%	- Pérdida de las dos orejas	15%
- La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal será equivalente a un porcentaje de un 1% por cada centímetro cuadrado siempre que no haya sido sustituida por materiales adecuados, pero con un máximo de un		15%	- Deformación o desviación de tabique nasal que impida la función normal respiratoria	5%
- Pérdida completa de los movimientos de la garganta de un pie		20%	- Pérdida total de la nariz	15%
- Pérdida de movimiento de la articulación subastragalina		10%	- Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula	25%
- Pérdida total del dedo gordo de un pie		10%	2. En los casos no previstos en el baremo anterior, así como cuando la pérdida de los miembros en él especificados sea parcial, el grado de invalidez se fijará atendiendo a la gravedad de las secuelas, tomando como elemento de referencia las invalideces enumeradas.	
- Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie		5%	3. En ningún caso la suma de las diferentes invalideces podrá exceder del valor del capital asegurado fijado en las Condiciones Particulares para esta eventualidad.	
- Fractura no consolidada de una pierna o un pie		25%	4. Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos corporales, la invalidez causada por dicho accidente no podrá ser clasificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.	
- Fractura no consolidada de una rótula		20%		
- Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla		20%		



5. Si el asegurado fuera zurdo y así lo hubiera declarado en la solicitud, los porcentajes de invalidez previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
6. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.
7. **En caso de INVALIDEZ PERMANENTE sobrevenida al Asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la póliza que deje lesiones residuales corregibles mediante la prótesis, el Asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del 10 por 100 del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad de 25.000 pesetas.**
8. **Si después del pago de la indemnización por INVALIDEZ PERMANENTE el Asegurado muere a consecuencia del accidente dentro del año de haber ocurrido éste, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de MUERTE, si ésta es superior; en caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del Beneficiario.**

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA. En caso de invalidez temporal.

Si el accidente ocasiona INVALIDEZ TEMPORAL del Asegurado para el desarrollo de las ocupaciones inherentes a la profesión habitual que conste en las Condiciones Particulares de la póliza, obligándole a someterse a tratamiento médico, el Asegurador le abonará, desde el comienzo de éste y con el límite de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha del accidente:

- a) La cantidad entera convenida como la indemnización diaria en las Condiciones Particulares durante el tiempo que el Asegurado se encuentra completamente incapacitado para atender a sus ocupaciones, sin poder tampoco dar instrucciones, dirigir o vigilar.
- b) El 50 por 100 de la indemnización diaria convenida si ha conservado o adquirido un cierto grado de capacidad, aun cuando pueda seguir precisando el tratamiento médico.

La indemnización por INVALIDEZ TEMPORAL, que se abona independientemente de la que corresponde por MUERTE o INVALIDEZ PERMANENTE, cesa, en todo caso, en el momento que se produzca la primera o se fije esta última.

Si la cobertura de INVALIDEZ TEMPORAL se contratare estableciendo un período de carencia de siete, quince o treinta días, el Asegurador comenzará a pagar la indemnización a partir del octavo, decimosexto o trigésimo primer día, a contar desde aquel en que comenzó el tratamiento médico.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA. Gastos de asistencia sanitaria.

1. Mediante la contratación expresa de esta cobertura el Asegurador garantiza durante un plazo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha del accidente, el pago de los GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA ocasionados al Asegurado por dicho accidente. Se comprende en este concepto los gastos farmacéuticos, de hospitalización en sanatorios y clínicas y médicos en general, en la cuantía y con las limitaciones que se fijen en las Condiciones Particulares.
2. Siempre que la póliza ampare esta cobertura, sus limitaciones no afectarán a las asistencias necesarias de carácter urgente.
3. Mediante indicación expresa en las Condiciones Particulares, podrán considerarse también comprendidos en esta cobertura los gastos de desplazamiento (incluidos manutención y estancia) del Asegurado, cuando por indicación del facultativo que le asista y previa la autorización del Asegurador haya de ser tratado o examinado en población distinta a la de su residencia habitual.

CAPITULO TERCERO

DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA DECIMOCUARTA. Declaración del riesgo.

Recae sobre el Tomador del seguro, antes de la conclusión del contrato, y en los términos señalados por el art. 10 de la LCS, el deber de declarar con exactitud todas las circunstancias relativas al riesgo que quiere asegurar. El incumplimiento de dicho deber o la inexactitud, reserva o reticencia en su cumplimiento, dará lugar a las consecuencias que se señalan en el mismo precepto.

Quedará el Tomador exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trata de circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA. Agravación del riesgo.

1. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo, tales como las relativas al cambio de profesión, domicilio, etc.

Dentro del plazo de dos meses a partir del día en que le haya sido comunicada la agravación, el Asegurador podrá proponer una modificación del contrato, que el Asegurado podrá aceptar o rechazar en el plazo de quince días. En caso de rechazo o silencio del Tomador, el Asegurador podrá, una vez transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de



quince días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al tomador la rescisión definitiva.

2. Podrá igualmente el Asegurador rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya notificado esa agravación y sobreviniera un siniestro, el asegurador queda liberado de su obligación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá en la proporción que resulte entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
3. En los casos de rescisión del contrato por agravación del riesgo, cuando ésta sea imputable al Asegurado, el Asegurador hará suya la prima del período en curso. Si dicha agravación se produce por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, tendrá éste derecho a ser reembolsado en la parte de prima satisfecha correspondiente al período aun no transcurrido de la anualidad en curso.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA. Disminución del riesgo.

En el caso de que, durante el curso del contrato, disminuyera el riesgo cubierto por el seguro, tendrá derecho el Asegurado, previa notificación al Asegurador, a que al finalizar el período en curso cubierto por la prima, se reduzca su importe en la proporción correspondiente para los períodos sucesivos. Si así no lo hiciera el Asegurador, podrá el Asegurado resolver el contrato con derecho a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento en que se hubiera puesto en conocimiento del Asegurador la disminución del riesgo.

CAPITULO CUARTO

LA PRIMA.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA. Pago de la prima.

1. El tomador del seguro queda obligado al pago de la primera o única prima en el momento de la suscripción del contrato. Ello no obstante, en el caso de que la cobertura de la póliza comience en un momento posterior, el Tomador podrá demorar el pago de la prima hasta dicho momento.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo segundo de la cláusula 21, las primas sucesivas deberán hacerse efectivas a su vencimiento.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA. Determinación de la prima.

En las Condiciones Particulares se indicará el importe de las primas devengadas por el seguro, o, en su caso, se expresará el procedimiento para su cálculo. En este último supuesto, se fijará una prima provisional, que tendrá el

carácter de mínima, y que deberá ser satisfecha al comienzo de cada período de seguro.

El procedimiento para el cálculo y liquidación de primas regularizables se establecerá en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA DECIMONOVENA. Lugar del pago de la prima.

A no ser que otra cosa se pacte en las Condiciones Particulares, el pago de la prima habrá de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. Domiciliación de recibos.

Si se determina en las Condiciones Particulares la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de contrato de seguro no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarle. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar el hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

CLÁUSULA VIGESIMOPRIMERA. Impago de las primas.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene el derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.



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

CLÁUSULA VIGESIMOSEGUNDA. Fraccionamiento de la prima.

En el caso de que se pacte el fraccionamiento de la prima, su número, importe de cada uno de ellos y los intereses que devengarán se expresarán en las condiciones particulares de la póliza. En estos casos será de aplicación lo estipulado en las cláusulas 17 y 21. Si ocurriese un siniestro cuya indemnización excediera del importe de las fracciones no vencidas de la prima correspondiente a cada período de cobertura, dicho importe será detruido de la indemnización.

CAPITULO QUINTO

DURACIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA VIGESIMOTERCERA. Perfección y efecto del contrato.

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.**

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

CLÁUSULA VIGESIMOCUARTA. Prórroga del contrato.

No obstante lo estipulado en la cláusula 23, y a no ser que cualquiera de las partes, con anterioridad a los dos meses inmediatamente anteriores al vencimiento del contrato o de cualquiera de sus prórrogas, notifique a la otra por escrito su oposición, el seguro se entenderá prorrogado por un tiempo igual al del último período de cobertura.

Esta cláusula no será de aplicación cuando el seguro contratado lo sea por un período inferior a un año.

CAPITULO SEXTO

OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

CLÁUSULA VIGESIMOQUINTA. Obligación de comunicar el siniestro.

El Tomador del seguro, el Asegurado o los beneficiarios están obligados a notificar al Asegurador la ocurrencia del siniestro dentro de un plazo máximo de siete días de haberlo conocido. **El incumplimiento de este deber facultará al Asegurador para reclamar los daños y perjuicios sufridos, salvo si se prueba que tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.**

CLÁUSULA VIGESIMOSEXTA. Obligación de informar acerca de las circunstancias y consecuencias del siniestro.

El Tomador del seguro o el Asegurado están obligados a poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias relativas al siniestro, así como las consecuencias conocidas del mismo.

El incumplimiento de este deber por dolo o culpa grave conllevará la liberación del Asegurador. Si no concurren tales circunstancias, el Asegurador tan sólo podrá reclamar del Tomador los daños y perjuicios sufridos.

CLÁUSULA VIGESIMOSÉPTIMA. Deber de aminorar las consecuencias del siniestro.

En caso de siniestro, el Asegurado está obligado a utilizar todos los medios a su alcance para limitar sus consecuencias, recayendo sobre él el deber de someterse al tratamiento médico-hospitalario y farmacológico necesario para la conservación de su vida y la obtención del más pronto restablecimiento posible.

El incumplimiento de estos deberes facultará al Asegurador para reducir la prestación en la proporción correspondiente al agravamiento de las consecuencias que se deriven del mismo, recayendo sobre el Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios la parte del siniestro imputable a ese incumplimiento.

En el caso de que ese incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, el Asegurador quedará liberado de toda obligación a que le contraiga el presente contrato, quedando facultado para su automática resolución.

CAPITULO SÉPTIMO

PROCEDIMIENTO PARA EL CALCULO Y LA DETERMINACIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES

CLÁUSULA VIGESIMOCTAVA. Obligaciones del beneficiario en caso de muerte del Asegurado.

En caso de MUERTE del Asegurado, será necesario aportar al Asegurador si no se hubiera hecho con anterioridad:

- a) Certificación literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.



CAPITULO NOVENO

COMUNICACIONES ENTRE EL ASEGURADOR Y EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

CLÁUSULA TRIGESIMOPRIMERA. Comunicaciones.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Así mismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al referido agente de seguros se entenderán realizado a la entidad aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor no se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima de la entidad aseguradora.

Servicio de Atención al Cliente

En vigor a partir del 24 de julio de 2004

HDI Global SE Sucursal en España, entidad aseguradora española sometida a la supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se ha adaptado a la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, de los Departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, poniendo a disposición del asegurado un "Departamento de Atención al Cliente" cuyo objeto es la atención y resolución de todas aquellas quejas y reclamaciones relativas al contrato y a su ejecución, presentadas conforme se estipula en la mencionada normativa y en el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, que junto con un modelo impreso de reclamaciones o quejas se encuentran a disposición del asegurado.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el "Departamento de Atención al Cliente", en cualquier oficina abierta al público de la Entidad.

Dirección postal: HDI Global SE Sucursal en España, calle Luchana, 23 – Madrid 28010.

Dirección electrónica: atencionalcliente@es.hdi.global

La Entidad deberá atender y resolver las quejas y reclamaciones presentadas en el plazo de dos meses desde su presentación ante el "Departamento de Atención al Cliente".

En última instancia, el perjudicado podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, regulado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del

- b) Informe del médico o médicos que le hayan asistido, indicando la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su muerte.
- c) Documento que acredite la personalidad del o de los Beneficiarios mediante testamento o declaración legal de herederos, cuando dichos Beneficiarios hayan sido así designados por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado.
- d) Carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

CLÁUSULA VIGESIMONOVENA. Cálculo y determinación de la indemnización en caso de invalidez permanente.

Si como consecuencia del accidente resultare el Asegurado con alguna invalidez permanente, deberá presentar al Asegurador un certificado médico de incapacidad, dentro del plazo de cinco días a partir de su emisión, **pero siempre dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente.**

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y la aplicación de los baremos fijados en la cláusula 11.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, pero se alcanzare de cualquier otro modo un acuerdo amistoso sobre dicho extremo o, en general, sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida en el plazo máximo de cinco días a contar del de la fecha del acuerdo.

En el caso de que no se alcanzare tal acuerdo, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto en los párrafos cuarto a último del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y en el artículo 39 del mismo texto legal.

CAPITULO OCTAVO

DERECHO DE SUBROGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLÁUSULA TRIGÉSIMA. Derecho de subrogación.

Exclusivamente en lo que se refiere a la garantía de asistencia sanitaria, el Asegurador podrá ejercitar, a su exclusiva costa, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercitar en perjuicio de aquél tales derechos y acciones.

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



cliente de los servicios financieros. La presentación de quejas o reclamaciones dirigidas al Comisionado se podrá efectuar en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones – Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones – Paseo de la Castellana, 44. Madrid 28046. Para ello deberá acreditarse, haber formulado previa

reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente de la Entidad, habiendo sido denegada la admisión de la misma o desestimada total o parcialmente, o bien, haber transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación sin haber sido resuelta por el mencionado Departamento.

HDI Global SE, Sucursal en España inscrita en el R.M. de Madrid, tomo: 31.792. Folio: 108. Sección 8. Hoja M-572094. Inscripción 1ª. Autorizada por O.M. de fecha 27.01.2014, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras Nº E - 213. C.I.F. W00049757H.



CAPITULO DÉCIMO

COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

CLÁUSULA TRIGESIMOSEGUNDA. Cobertura de riesgos extraordinarios.

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley de 16 de Diciembre de 1954, que crea el Consorcio de Compensación de Seguros (B.O.E. De 19 de Diciembre); Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17); Real Decreto 2022/86 de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes (B.O.E. de 1 de Octubre); Resolución de 22 de Julio de 1996 de la Dirección General de Seguros (B.O.E. de 1 de Agosto) y disposiciones complementarias.

I RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: Terremotos y Maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica, y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. Riesgos excluidos

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley del Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- Los derivados de la energía nuclear.
- Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- Los causados por actuaciones 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, así como durante el transcurso de huelgas legales.

- Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos e indirectos.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los producidos antes del pago de la primera prima.
- Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.
- Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en treinta días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

3. Franquicia

En los seguros contra daños será de un 10 por 100 de la cuantía del siniestro, no pudiendo exceder del 1 por 100 de la suma asegurada ni ser inferior a 25.000 pesetas. El citado límite inferior no será de aplicación cuando la suma asegurada sea igual o inferior a 2.500.000 Ptas. En los supuestos en que dicha suma sea igual o superior a 1.000.000.000 pesetas, se aplicará la escala de franquicias, en porcentaje del siniestro, y los límites máximos absolutos que se establecen en el artículo 9º del Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, en la redacción que al mismo dio el Real Decreto 354/1988, de 19 de Abril. La franquicia se aplicará en cada siniestro y por cada situación de riesgo.

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

4. Pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de Seguro a Primer Riesgo, Seguro a Valor de Nuevo, Capital Flotante o Compensación de capitales, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.



5. Infraseguro y sobraseguro

En los casos en que exista infraseguro, el asegurado será propio asegurador de la parte correspondiente. Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

II PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

- a) Comunicar, en las oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la Entidad Aseguradora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

Copia o fotocopia del recibo de prima, acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.

Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos a dicha póliza, si las hubiere.

Copia o fotocopia del documento nacional de identidad o número de identificación fiscal.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como domicilio de dicha entidad.

- b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del asegurado. Así mismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del asegurado.

EL TOMADOR DEL SEGURO

HDI Global SE
Sucursal en España