



MGC mutua



A-V Sport



“Ofrecer hoy y garantizar en el futuro seguros personales de calidad en las mejores condiciones y en beneficio exclusivo de nuestros asegurados, únicos propietarios de la Mutua.”

Esta es nuestra misión, y nuestro trabajo: hacer frente a los riesgos de la vida, compensando las pérdidas de unos pocos con las aportaciones de muchos, en un esquema solidario que pone la fortuna de muchos al servicio de la desgracia de pocos.

Una naturaleza originariamente mutualista y por eso las primeras aseguradoras fueron mutuas, organizaciones de personas, que no de capitales, donde los asegurados son, a la vez, los propietarios de la entidad.

Por eso, nuestro deber es trabajar para que el esfuerzo de todos los asegurados se gestione de la mejor manera posible y con las máximas garantías, para hacer frente a las consecuencias del siniestro, el accidente deportivo.

Porque además, estamos especializados en asistencia sanitaria y somos muy conscientes de lo que representa la salud y por eso queremos ofrecerle la mejor atención.

¡Es nuestro compromiso!

Respondemos sus dudas

¿Qué es un accidente deportivo?

Se entiende por accidente deportivo los sufridos por los asegurados con ocasión del ejercicio de la específica actividad deportiva cubierta por el seguro, en el que se produce una lesión para el deportista, **sin patología ni alteración anatómica previa**, que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Tienen la consideración de accidentes deportivos, los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva debidamente organizada o dirigida por los organismos deportivos correspondientes, así como en entrenamientos, en su caso, siempre que se acompañe del correspondiente certificado de accidentes deportivos.

¿Qué no es un accidente deportivo?

- Los que sean consecuencia de la práctica de un deporte distinto al específicamente asegurado.
- Los que concurren en un desplazamiento diferente en medio o circunstancias a las específicamente cubiertas.
- Los que tengan lugar fuera de instalaciones deportivas adecuadas.
- Los infartos de miocardio.
- La apoplejía o accidente cerebrovascular.
- Cualquier enfermedad.
- La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica.

¿Cuándo puedo hacer uso de mi seguro A-S Sport?

Cuando se produzca un accidente deportivo en alguna de las competiciones, pruebas, entrenamientos o actividades organizadas o aprobadas por la Federación, club u organización que suscribe el seguro deportivo, cubiertas por la póliza.

¿Qué se considera una urgencia vital?

Se entiende por urgencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, de manera que requiere una atención médica inmediata e impostergable.

¿Es necesario solicitar una autorización para acudir al médico?

Si. Excepto en casos de urgencia vital, deberá contactar con el Servicio de Atención a las Urgencias Deportivas de la Mutua, en el 902 88 89 89 o en el **619 818 737**, operativo 24H, los siete días de la semana, que le recordará los Servicios Autorizados y le proporcionará el número de expediente, imprescindible para su asistencia.

¿Qué necesito para acudir al médico?

Deberá llevar el "Parte de Comunicación de Accidentes", debidamente sellado por el organizador del evento o por el propietario del circuito donde se haya producido el siniestro y con el número de expediente que le habrán comunicado la Mutua. Además, deberá identificarse con la un documento oficial de identidad.

¿Hay que pagar alguna cantidad cuando se acude al médico?

Como norma general no se deberá abonar nada en los Servicios Autorizados, aunque en las Condiciones Especiales se puede establecer una franquicia para determinados servicios y en casos excepcionales determinados centros pueden solicitar una fianza al asegurado, que será reintegrada por la Mutua si el siniestro estuviere cubierto por la póliza.

¿Está cubierto el dentista?

Sólo si así se especifica en la descripción de garantías de las Condiciones Particulares y con el límite que se indique.

¿Cubre A-S Sport los medicamentos y las prótesis?

Sí, pero sólo durante la estancia hospitalaria para los accidentes acaecidos en el territorio nacional.

¿Qué debo hacer para presentar una sugerencia o una queja?

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas, realizarla telemáticamente en <https://request.mgc.es/> o enviarla al Servicio de Atención al Asegurado. Para hacerlo se ha de

dirigir al domicilio social de Mutua General de Cataluña: Tuset 5-11, (08006 Barcelona), teléfono: 934 143 600, fax: 932 012 222; o enviarla por correo electrónico a atm@mgc.es.

También la puede enviar al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros: Paseo de la Castellana, 44 (28046 Madrid).

En este caso, deberá haber reclamado previamente ante el Servicio de Atención al Asegurado de Mutua General de Cataluña.



Condiciones Particulares

1. Tomador

MOTOPOLIZA S.L.

B85949691

C/ Agustín Rojas, 3, Local

28002-Madrid, Madrid

IBAN: ES9700810640610001555563

Telf. 911 982 330

eCorreo: info@motopoliza.com

2. Duración y efecto

Desde las 00 horas del 01/02/2018 hasta las 24 horas del 28/02/2019.

El asegurado tendrá derecho a las prestaciones desde la fecha de suscripción, mientras se mantengan las condiciones que justificaron su inclusión en el grupo asegurable, siempre que esté dentro de la vigencia del seguro y durante 365 días, fecha en la que se dará por finalizada la relación contractual.

3. Grupo asegurado

Quedan cubiertos única y exclusivamente los accidentes sufridos por las personas que se den de alta a través de la aplicación de **Motopoliza.com**, Plugbrokers S.L. Correduría de seguros de esta póliza, que no tiene ninguna vinculación con la organización del evento o circuito.

Los asegurados serán pilotos amateurs que se hallen específicamente inscritos, con indicación de:

- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento
- Número de DNI
- Categoría o modalidad.
- Club de pertenencia, si fuera el caso

No tendrán la consideración de asegurados los pilotos profesionales y/o federados. A no ser que estén realizando exclusivamente entrenamientos, cursos y tandas no federadas. Asimismo, quedan excluidas las carreras y demás competiciones a motor.

4. Prima

Prima anual campo y velocidad: 140€. Prima anual velocidad: 130€. Prima anual Karts: 60€. Incluyendo IPS y tasas riesgos extraordinarios y liquidación EA.

Esta prima se liquidará en el momento de la inscripción de cada asegurado por el importe indicado, a cuyo efecto la Mutua girará el correspondiente recibo.

5. Prestaciones garantizadas

5.1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes deportivos ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos, y con un límite temporal de hasta dieciséis meses desde la fecha del accidente.

Excluidas las patologías degenerativas y aquellas que, estando latentes, se manifiesten de forma súbita.

5.2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario sin límite de gastos y con un límite temporal de dieciséis meses desde la fecha del accidente.

5.3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de dieciséis meses desde la fecha del accidente.

5.4. Los gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciséis meses desde la fecha del accidente.

5.5. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, de acuerdo al baremo de invalidez, **con un máximo de 15.000€.**

5.6. Fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, 10.000€. Para los menores de 14 años 3.010€, en concepto de gastos de sepelio.

5.7. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 70% del precio de venta al público del mencionado material ortopédico y siempre que haya sido prescrito por un facultativo de los Servicios Autorizados.

5.8. 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.

6. Delimitación del ámbito de la prestación

- 6.1. Cursos y tandas libres de conducción y entrenamientos, siempre que no sean competitivos, en circuitos de velocidad, pistas de karting, motocross y circuitos vallados sin acceso libre y propiedad de empresas, autónomos, Asociaciones Deportivas o Motoclubs.
- 6.2. Quedan cubiertas, en su caso, las personas que desarrollen las labores de jueces de pista, entrenadores, monitores, fotógrafos, acompañantes de pilotos y mecánicos que ejerzan su labor dentro de los circuitos y que no están desarrollando una función profesional. Quedan excluidos, en estos casos, los siniestros derivados de la conducción de cualquier tipo de vehículo.

7. Cúmulo en caso de accidente

Se establece un cúmulo en caso de accidente cubierto por las garantías de la

póliza. Por ello, independientemente del número de asegurados fallecidos / lesionados, el Asegurador no indemnizará por esta póliza cantidad alguna por importe superior al capital asegurado de cúmulo, que asciende a 300.000,00€, salvo que el tomador haya solicitado específicamente a la Mutua la inclusión de una determinada actividad y ésta la haya autorizado. La indemnización se efectuará, reduciendo proporcionalmente a cada asegurado su indemnización, de forma tal, que la suma de todas las indemnizaciones derivadas del mismo accidente y con cargo a esta póliza, no excedan del capital asegurado por cumulo.

8. Riesgo extraprofesional

Las garantías del presente seguro quedan limitadas a los accidentes extraprofesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del asegurado, quedando excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

Condiciones Generales

1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

La Mutua dispone de un Servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núm. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

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

2. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente Deportivo:** La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que produzca invalidez temporal, permanente o muerte, **sin patología ni alteración anatómica previa**.
 - **Asegurado:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
 - **Beneficiario:** la persona o personas físicas o jurídicas que tienen derecho a recibir la prestación del servicio o la indemnización garantizada, derivadas de un accidente del asegurado.
 - **Grupo asegurado:** Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión del seguro pero diferente a éste, que reúnan las condiciones legales precisas para poder ser aseguradas.
 - **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las condiciones siguientes:
 - Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
 - Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
 - Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
 - Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.
- En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.
- **Invalidez:** situación física irreversible del asegurado causada por un accidente y susceptible de determinación objetiva, que comporta una lesión que le determina una total o parcial ineptitud para desarrollar

regularmente una actividad laboral, profesional o doméstica.

- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.
- **Mutua:** la Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima fija.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, el asegurado y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Formen parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares, las especiales, así como los apéndices que recojan, si procede, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro también forma parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua hacia el tomador, el asegurado o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, cuyo importe, juntamente con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, debe ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Servicios Autorizados:** Lista, a disposición del asegurado, de profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de la Mutua –con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua. Los profesionales y centros que la Mutua pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria, por lo que **la Mutua en ningún caso responderá de sus actos y/u omisiones, recayendo exclusivamente sobre ellos la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso**, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.
- **Tomador:** Persona física o jurídica que suscribe el seguro.

- **Urgencia:** Situación caracterizada por la inesperada, repentina y crítica alteración del estado de salud de forma que la vida o capacidad funcional del asegurado están amenazadas.
- **Urgencia vital:** Cuando en una situación de urgencia el riesgo es de muerte inminente o de grandes lesiones o incapacidades de no mediar una actuación terapéutica con carácter inmediato.

3. Objeto

De acuerdo a lo establecido en éstas condiciones generales, las condiciones particulares y las especiales y anexos, si los hubiere, la Mutua garantiza la asistencia, indemnizaciones y auxilios contratados y derivados de los Accidentes Deportivos que puedan sufrir los integrantes del grupo asegurado que hayan sido incluidos por el tomador en la presente cobertura.

La cobertura de los riesgos extraordinarios, excluidos de esta póliza, es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa

4. Nacimiento extinción y prórroga de la relación de protección

La cobertura de los riesgos contratados entra en vigor y finaliza los días y horas indicados en la Condiciones Particulares.

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario que los asegurados sean inscritos en el registro de personas aseguradas y que sean menores de 65 años.

Al finalizar el periodo indicado en las condiciones particulares de la póliza, ésta se entenderá prorrogada por el plazo de un año y así sucesivamente, salvo que la Mutua o el tomador se opongan mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con una antelación mínima de dos meses a la finalización del periodo en curso.

La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por periodos inferiores al año.

5. Acceso a la prestación

Se tendrá derecho a percibir la asistencia, indemnizaciones y auxilios contratados siempre y cuando se cumplan las condiciones siguientes:

- 5.1. Estar al corriente en el pago a la Mutua de la prima.
- 5.2. Solicitar la prestación a la Mutua en un plazo máximo de siete días desde la fecha en la que se produjo el accidente.
- 5.3. **Para la garantía de asistencia sanitaria seguir el protocolo establecido y utilizar exclusivamente los servicios autorizados, salvo los supuestos de urgencia vital**, en cuyo caso la Mutua se hará cargo de los gastos ocasionados en el centro donde se hayan prestado esta atención durante la primeras 24 horas y organizará el traslado a uno de los servicios autorizados.
- 5.4. Aportar a la Mutua la documentación siguiente:

5.4.1. En caso de prestación por asistencia sanitaria:

- Parte de Comunicación de Accidentes debidamente cumplimentado de acuerdo con el protocolo establecido y autorizado por el tomador, excepto en los casos de urgencia vital.

5.4.2. En caso de prestación por invalidez:

- Certificado de nacimiento del asegurado.
- Certificado del médico que haya atendido al asegurado en el que se indiquen las circunstancias del accidente, las lesiones padecidas y las consecuencias agudas previsible derivadas del accidente.

5.4.3. En caso de prestación por defunción:

- Certificados de nacimiento y de defunción del asegurado.
- Certificado del médico que haya atendido al asegurado en el que se expresen la causa y las circunstancias de su muerte. En caso de muerte violenta, deberán acreditarse los hechos concretos que la produjeron mediante autopsia, informe de atestados, informes de los diferentes servicios de urgencias que hayan podido intervenir (ambulancias, centro Hospitalario, etc.) y cualquier otra

documentación necesaria para poder valorar las circunstancias de la muerte, como, por ejemplo, la relativa a los antecedentes médicos del asegurado.

- Documentación acreditativa de la condición de heredero del asegurado.
- Fe de vida del beneficiario y fotocopia de su documento nacional de identidad.
- Certificado de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones o declaración de no sujeción a este impuesto.

6. Beneficiarios

Serán beneficiarios de la asistencia, indemnizaciones y auxilios que correspondan:

- 6.1. En caso de asistencia sanitaria, invalidez o sepelio, el asegurado.
- 6.2. En caso de muerte del asegurado los herederos legales.

7 Baremo de invalidez

Si como consecuencia de un accidente resultasen pérdidas anatómicas o funcionales y esta garantía estuviera cubierta por la póliza, el importe a satisfacer por la Mutua, será el resultado de aplicar a la suma asegurada estipulada para esta garantía los porcentajes que a continuación se detallan:

Tipo de lesión	Der.	Izq.
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Anquilosis completa de un hombro	30%	20%
Anquilosis completa de un codo	20%	15%
Pérdida total del dedo pulgar	30%	25%
Pérdida total del dedo índice	20%	10%
Pérdida total de uno de los demás dedos de la mano	6%	4%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50%	
Pérdida de una pierna por debajo de la rodilla	40%	
Anquilosis completa de la cadera, rodilla o pie	25%	
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	20%	
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	25%	
Pérdida del dedo pulgar de un pie	8%	
Pérdida de otro dedo de un pie	4%	

Pérdida total de la visión de un ojo	35%
Sordera completa de un oído	10%
Sordera completa de ambos oídos	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Mudez absoluta (imposibilidad de emitir sonidos coherentes)	40%
Paraplejia	100%
Tetraplejia	100%

Será 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 el 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.
- Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en la tabla de porcentajes se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en la misma.
- Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, se invierte, en lo pertinente, el baremo.
- 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 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.

8. Exclusiones

8.1. Quedan expresamente excluidos de este seguro y, por lo tanto, no causan derecho a la prestación:

- 8.1.1. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.**
- 8.1.2. Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.**
- 8.1.3. Accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones.**
- 8.1.4. Accidentes padecidos en estado de perturbación mental, debidamente comprobada mediante las pruebas periciales pertinentes.**
- 8.1.5. Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte que no esté específicamente incluido en las condiciones particulares.**
- 8.1.6. Accidentes padecidos en estado de intoxicación por uso de estupefacientes, de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento.**
- 8.1.7. Accidentes padecidos en lucha o pelea.**
- 8.1.8. Accidentes padecidos como consecuencia de la intervención en actos notoriamente peligrosos no justificados. Están expresamente excluidos la participación en deportes de alto**

- riesgo, apuestas, récords o tentativas de los mismos.
- 8.1.9. Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.
- 8.1.10. Accidentes padecidos por la participación en revoluciones, motines o eventos similares.
- 8.1.11. La muerte o la invalidez causadas por cardiopatía isquémica.
- 8.1.12. Daños corporales y lesiones derivados de intervenciones quirúrgicas y de tratamientos médicos.
- 8.1.13. Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología, los tirones, desgarros musculares, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos, y aquellos cuya única manifestación sea el dolor sin comprobación por pruebas diagnósticas.
- 8.1.14. Los accidentes producidos fuera de España cuando el desplazamiento al extranjero no haya sido comunicados al menos con siete días de antelación por el tomador con indicación de los deportistas que deban desplazarse.
- 8.1.15. Cuando el accidente esté cubierto por otra póliza de la que resulte beneficiario el asegurado por imperativo legal.
- 8.2. Quedan excluidas de cobertura las siguientes prestaciones:
- 8.2.1. Los costes asistenciales (intervenciones quirúrgicas pendientes, rehabilitaciones, etc.) derivados de lesiones preexistentes a la vigencia de la póliza.
- 8.2.2. Asistencia médico-quirúrgica fuera del cuadro de Servicios Autorizados, salvo en caso de urgencia vital.
- 8.2.3. Los medicamentos prescritos o utilizados fuera del ámbito hospitalario.
- 8.2.4. El material ortopédico prescrito para prevención de accidentes (rodilleras, coderas, fajas, etc.) así como el prescrito para la corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas, alzas, etc.).
- 8.2.5. La rehabilitación una vez alcanzada la máxima recuperación funcional o por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable.
- 8.2.6. El mantenimiento artificial de las constantes vitales pasados cincuenta días desde la fecha del accidente. A partir de dicho momento cesaran las garantías de prestación de asistencia y se indemnizará al asegurado con el capital que corresponda por la garantía de invalidez.
- 8.2.7. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado, salvo que sea necesario el traslado en vehículo sanitario por prescripción médica o por urgencia vital y sólo desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.
- 8.2.8. Salvo en los casos de urgencia vital, los gastos originados por pruebas y tratamientos que requieran autorización y ésta no haya sido aprobada por la Mutua.
- ## 9. Riesgos extraordinarios
- Los accidentes derivados de riesgos extraordinarios serán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros en los términos previstos en la legislación vigente, renunciando el tomador a la posibilidad de cubrir estos riesgos mediante otra entidad aseguradora.
- ## 10. La Prima
- ### 10.1. Pago de la prima
- El tomador del seguro está obligado al pago de la prima establecida en las condiciones

particulares desde el momento de la perfección del contrato.

Las primas del seguro son anuales, salvo que el seguro se haya contratado por tiempo inferior, en cuyo caso se considerará prima única.

En las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento en recibos mensuales, trimestrales o semestrales. El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Del mismo modo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, deberán abonar los gastos que generen la falta de pago y el interés de demora.

10.2. Efectos del impago de la prima

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuera pagada o se produjera un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva de acuerdo con la póliza.

En caso de fraccionamiento de la prima, la falta de pago de la segunda o sucesivas fracciones, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurado no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda rescindido. En cualquier caso, el asegurado, cuando el contrato esté suspendido, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

En ambos casos, si el contrato no se hubiera resuelto o rescindido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en el que el tomador pague la prima.

11. Otras obligaciones del tomador

El tomador del seguro se obliga a informar a todos y cada uno de los asegurados del contenido de las Condiciones Generales y Particulares del mismo y, en particular, de aquellas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los beneficiarios en su caso, responsabilizándose el tomador de los perjuicios que el incumplimiento de dicho deber de información puedan derivarse para los asegurados o sus beneficiarios.

12. Otros deberes del asegurado

El asegurado comunicará a la Mutua todas las circunstancias que agraven un riesgo y que podrían condicionar, o hasta incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si hace falta periódicamente, toda la información y los documentos que ella le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro y, tanto él como sus familiares, posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

13. Comunicaciones

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador se han de enviar a sus respectivos domicilios, que son los que constan en las Condiciones Particulares, a menos que se hubiera comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser grabadas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

14. Subrogación

Una vez prestada asistencia i satisfechas las indemnizaciones y auxilios concertados, la Mutua podrá ejercer contra los responsables del siniestro que haya causado las prestaciones, los derechos y acciones legales que correspondieran al asegurado. Mediante esta subrogación, la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos que le haya ocasionado.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviere el asegurado cuando aquella hubiere asumido obligaciones que también hubiesen de ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación, en ningún caso, podrá comportar un perjuicio al asegurado, que

deberá facilitar el ejercicio de la subrogación por parte de la Mutua.

15. Derecho de reembolso

En el caso que el asegurado no tenga derecho a prestación, por tratarse de un supuesto expresamente excluido de cobertura, por no seguir el protocolo establecido o utilizar servicios no autorizados y la Mutua se haya hecho cargo del servicio, el asegurado o, en su caso, el tomador del seguro, deberá reembolsar a la Mutua el importe de los gastos asumidos por la mutualidad.

16. Tratamiento de datos personales

La Mutua utiliza los datos personales de los que disponga, para la finalidad para la cual sean recabados, así como:

- a) Para informar de servicios y productos.
- b) Para cederlos, en ejercicio de las funciones de la Mutua, a entidades en las que participe o esté vinculada, a otras personas, entidades e instituciones que colaboren con la Mutua o con las que coopere por razones de reaseguro o

tramitación de siniestros, y a las entidades financieras para la domiciliación bancaria.

c) Para incorporarlos, incluso finalizada la relación contractual, en los ficheros que deba elaborar con finalidades de colaboración estadística actuarial de prospección técnica y comercial.

d) Para utilizarlos para la prevención del fraude y para la liquidación de siniestros.

En caso de prestaciones sanitarias, la Mutua tratará informáticamente los datos personales, incluidos los de salud, cuando deba cumplir, controlar o ejecutar prestaciones garantizadas, así como para que sean comunicados entre la Mutua y los médicos y centros sanitarios.

Los datos serán adecuados, pertinentes y no excesivos para las citadas finalidades. No se podrán hacer efectivas las prestaciones cubiertas en caso de oposición al tratamiento o la cesión de los datos, debido a la imposibilidad de determinar aspectos regulados en el contrato de seguro.

La citada utilización se efectuará respetando siempre la legislación vigente y observando todas las medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad de los datos.

Condiciones Especiales

- El segundo párrafo del Artículo 4 de las Condiciones Generales queda redactado de la siguiente manera: “Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario que los asegurados sean inscritos en el registro de personas aseguradas y que sean menores de 70 años.”
- Se amplían las prestaciones garantizadas en las Condiciones Particulares a los gastos de búsqueda y rescate efectivamente soportados por el asegurado en casos de urgencia vital, con un límite de 2.500€ por asegurado. Asimilando esta garantía, a efectos de protocolo de actuación, a las garantías de Asistencia Sanitaria.
- A todos los efectos, para las garantías incluidas en el Art. 5 de las Condiciones Particulares, se asimilará a un accidente ocurrido en el territorio nacional aquellos acaecidos en circuitos de Portugal, Francia e Italia, pero con un límite para todos los gastos incluidos de 10.000€.



Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones

extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Los sucesos en actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que

las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad estatal».

3. Extensión de la cobertura

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

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la

suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

4. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días después de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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

Protocolo de actuación

La asistencia médica garantizada por el seguro será prestada por los Servicios Autorizados de MGC Mutua. Los accidentados deberán ser atendidos en primera cura "in situ" por los medios asistenciales que los directivos u organizadores de la actividad deportiva estén obligados a tener a su cargo y responsabilidad en los lugares de desarrollo de las mismas.

1. Pasos a seguir:

- 1.1. Cumplimentar el parte telemático de Comunicación de Accidente en <https://partsport.mgc.es/> (este trámite se puede realizar también telefónicamente en el **619 818 737**). Una vez recibida la Comunicación de Accidente de forma telemática, la Mutua enviará un correo electrónico al asegurado comunicando la apertura del siniestro.

(El tomador validará los Partes de Comunicación de Accidentes de acuerdo a su protocolo)

- 1.2. El Servicio de Atención a las Urgencias Deportivas de la Mutua contactará telefónicamente con el asegurado para organizar las prestaciones cubiertas que sean necesarias, facilitándole los centros dónde podrá ser atendido. En caso de urgencia, llamar directamente a dicho Servicio (**619 818 737**), operativo 24H, para avanzar el trámite.
- 1.3. El lesionado deberá acudir al Servicio Autorizado, de entre los que le hayan sido indicados, provisto de una identificación personal válida.
- 1.4. En un plazo no superior a 7 días, desde la ocurrencia del siniestro, el accidentado deberá aportar el Parte de Comunicación de Accidentes sellado por el organizador del evento o el propietario del circuito donde se haya producido el siniestro a accidentesdeportivos@mgc.es.
- 1.5. Exclusivamente en los casos de **urgencia vital**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el

centro sanitario más próximo. **La Mutua sólo 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. Una vez concluida la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado a un centro de los Servicios Autorizados para continuar su tratamiento. En caso contrario, la Mutua NO asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

2. Autorizaciones

- 2.1. Excepto para la urgencia vital prestada en las primeras 24 horas desde la fecha del accidente y las exploraciones complementarias básicas derivadas de esta asistencia urgente, es necesaria autorización para el resto de asistencias garantizadas.
- 2.2. Salvo los casos de urgencia se deberán solicitar con una antelación mínima de 48h a la realización, por teléfono 902 888 989 / **619 818 737**, fax 932 012 222 o al correo electrónico: accidentesdeportivos@mgc.es.
- 2.3. Salvo las urgencias vitales, el asegurado solicitará a la Mutua la autorización pertinente, acompañada de copia del Parte de Comunicación de Accidentes, copia de la prescripción solicitada y del informe médico detallado.

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

En los casos de síncope, amagos de infarto, infartos o sobreesfuerzos, u otros síntomas o patologías similares, que no derivan directamente de un accidente deportivo cubierto por la póliza, se remitirán al centro de la seguridad social más cercano, para evitar que el tomador y/o asegurado deban hacer frente al coste de la asistencia.

Parte de Comunicación de Accidentes



MGC mutua



motopoliza.com
aseguramos tu pasión



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

A remitir a MGC Mutua. **NO es una autorización de asistencia**

Tomador	
Número de Póliza	
Club	
Expediente	

La aseguradora NO responde del coste de la asistencia fuera de los servicios autorizados excepto en casos de urgencia vital.

Datos del lesionado

Nombre	Apellidos	DNI
Dirección	Población	Provincia
Teléfono	e-correo	

Certificación del accidente

El responsable de la actividad deportiva en la que se ha producido el accidente o en nombre y representación del tomador, y cuyos datos se indican más adelante, certifica la ocurrencia del accidente cuyas circunstancias se indican a continuación.

Fecha	Hora	Lugar
¿Cómo se produjo el accidente?		
¿Dónde se produjo el accidente?		

Datos de quien certifica el accidente

Nombre	Apellidos	
Federación/Club/Entidad	Cargo	Teléfonos de contacto

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza el trato de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro.
- La valoración de los daños ocasionados en su persona.
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda.

El pago del importe de la designada indemnización.

El trato de los datos se efectuará siempre respetando rigurosamente el contenido de la legislación vigente, con especial atención a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y observando todas las medidas de seguridad que garantizan la confidencialidad de los datos.

Los datos nombrados se integrarán en un fichero automatizado, que está en poder de la Mutua General de Cataluña, del cual ésta es responsable y garantiza a los titulares de los datos sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, para el ejercicio de los cuales aquellos se puedan dirigir a la sede central de la mutualidad.

Firma del lesionado

Firma de quien certifica el accidente o Sello del organizador

|

El número de expediente, que deberá ser solicitado al Servicio de Atención a las Urgencias Deportivas de la Mutua, digitalmente en <https://partsport.mgc.es/>, o telefónicamente en el 619 818 737 o 902 88 89 83, es imprescindible para que se pueda considerar la cobertura del siniestro.

Tuset, 5-11 - 08006 Barcelona - Fax 93 201 22 22 - accidentesdeportivos@mgc.es - www.mgc.es

Servicios Autorizados

La asistencia sanitaria cubierta por este seguro lo será exclusivamente en los servicios autorizados.

Los centros de referencia lo son a título orientativo y para situaciones de urgencia vital. En todos los casos se deberá contactar con el Servicio de Atención a las Urgencias Deportivas de la Mutua en el 902 888 989 o en el 619 818 737, que informará de los centros específicamente autorizados.

Salvo los supuestos de urgencia vital, o accidentes fuera del territorio nacional, en ningún caso quedarán cubiertas las asistencias prestadas fuera de los Servicios Autorizados, ni las que no hayan sido específicamente autorizadas después de haber contactado con el Servicio de Atención a las Urgencias Deportivas de la Mutua siguiendo el protocolo establecido

- Hospital Ramón Negrete Mutua Montañesa. Avenida Faro 33. Santander
- Hospital Mediterráneo. Calle Musa s/n. Almería
- Clínica Sermán Bladelraser. Paseo de la Rosaleda, 40. Jerez de la Frontera
- Hospital San Juan de Dios. Avenida del Brillante, 106. Córdoba
- Hospital Inmaculada Concepción. Calle Doctor Alejandro Otero, 8. Granada
- Hospital Blanca Paloma. Avenida Diego Morón, 3. Huelva
- Hospital Sanatorio Cristo Rey. Paseo de la Estación, 40. Jaén
- Clínica del Pilar. Paseo de Sancha, 15. Málaga
- Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Avenida de Jerez, 59. Sevilla
- Hospital Viamed Santiago. Calle Sariñena, 12. Huesca
- Hospital Viamed Montecanal. Calle Franz Schubert, 2. Zaragoza
- Hospital Begoña. Avenida Pablo Iglesias, 92. Gijón
- Hospital Clinic Balear. Urbanización de Son Veri Nou. Lluçmajor
- Hospital Perpetuo Socorro. Calle León y Castillo, 407. Las Palmas de Gran Canaria
- Hospital Parque. Calle Méndez Núñez, 40. Santa Cruz de Tenerife
- Hospital Ramón Negrete Mutua Montañesa. Avenida Faro, 33. Santander
- Hospital Quirónsalud Albacete. Plaza del Madroño, 11. Albacete
- Hospital Quirónsalud Ciudad Real. Calle Alisos, 19. Ciudad Real
- Hospital Recoletas Cuenca. Avenida San Julián, 1. Cuenca
- Clínica la Antigua. Calle Constitución, 18. Guadalajara
- Hospital Quirónsalud Toledo. Urbanización Tres Culturas, 1. Toledo
- Clínica Santa Teresa. Avenida Santa Cruz de Tenerife, 11. Ávila
- Hospital Recoletas Burgos. Calle Cruz Roja s/n. Burgos
- Hospital Nuestra Señora de Regla. Calle Cardenal Landazuri, 2. León
- Hospital Recoletas Palencia. Avenida Simón Nieto, 31. Palencia
- Hospital General Santísima Trinidad. Paseo de Carmelitas, 74. Salamanca
- Sanatorio Sagrado Corazón de Jesús. Calle de Fidel Recio, 1. Valladolid
- Clínica Creu Blanca. Paseo Reina Elisenda de Montcada, 17. Barcelona
- Clínica Onyar. Calle Heroínas de Santa Bárbara, 6. Girona
- Clínica Perpetuo Socorro. Calle Obispo Meseguer, 3. Lleida
- Hospital Viamed Monegal. Calle López Peláez, 15. Tarragona
- Hospital Vitnas San José. Calle Beato Tomás de Zumárraga, 10. Vitoria Gasteiz
- Policlínica Gipuzkoa (Grupo Quirón). Parque Miramón, 174. Donostia
- Hospital Quirónsalud Bizkaia. Carretera Leioa – Unbe, 33. Erandio
- Hospital Quirónsalud Clideba. Avenida del Guadiana, 6. Badajoz
- Hospital Quirónsalud Cáceres. Avenida de la Universidad, 5. Cáceres
- Hospital Quirónsalud A Coruña. Calle Londres, 2. La Coruña
- Policlínico Lucense. Calle Doctor Iglesias Otero s/n. Lugo
- Centro Médico el Carmen. Avenida de la Habana, 50. Ourense
- Hospital Nuestra Señora de Fátima. Calle Norte, 48. Vigo
- Clínica los Manzanos. Calle Hermanos Maristas s/n. Lardero
- Hospital la Milagrosa. Calle Modesto Lafuente, 14. Madrid
- Hospital Virgen del Alcázar. Calle Alameda de los Tristes s/n. Lorca
- Clínica San Miguel. Calle Beloso Alto, 32. Pamplona
- Hospital Clínica Benidorm. Avenida Alfonso Puchades, 8. Benidorm
- Hospital Nisa Rey Don Jaime. Calle María Rosa Molas, 25. Castellón de la Plana
- Hospital Casa de Salud. Calle Manuel Candela, 41. Valencia

Cláusula final

Mediante la firma de esta póliza el Tomador:

- Reconoce haber recibido de la Aseguradora, con anterioridad a la firma, toda la información referente a la legislación aplicable a la misma y las diferentes instancias de reclamación.
- Acepta expresamente, en su nombre y en el de los asegurados, las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado, que se resaltan en negrita en esta póliza.
- Autoriza, en su nombre y en el de los asegurados, el tratamiento de los datos personales de acuerdo a lo establecido en la póliza. Habiendo sido debidamente informado de que los datos se integrarán en

un fichero automatizado en poder de la Mutua y del cual ésta es responsable, y de que se garantizan los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, para el ejercicio de los cuales deberán dirigirse a la Mutua (calle Tuset, 5-11. 08006 Barcelona).

- En tanto que orden de domiciliación, autoriza expresamente a la Mutua a que desde la fecha de la presente, y con carácter indefinido mientras continúen la relaciones entre ambas partes, gire en la cuenta indicada en las condiciones particulares todos los recibos que se originen como consecuencia de la presente póliza de conformidad con la legislación vigente.

Leído y conforme

El tomador del Seguro

Mutua General de Catalunya

MOTOPOLIZA S.L.

Bartomeu Vicens i Sagrera
Presidente

Póliza

238278-08 / P1372

Mediador

Plugbrokers S.L.

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

Número de Póliza: ESBOP227890

CHUBB®



motopoliza.com

aseguramos tu pasión

SIN VALIDEZ CONTRACTUAL

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

Condiciones Particulares

El presente contrato está compuesto por las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales, sus anexos y suplementos, y cualquier otro documento adjunto al mismo.

Las presentes Condiciones Particulares prevalecen, en caso de contradicción o duda, sobre lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza.

Objeto del Seguro

El objeto del seguro es el pago de las indemnizaciones garantizadas por la póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal por el que tenga que ser hospitalizado.

Grupo Asegurable

Podrá ser Asegurado de la presente póliza cualquier cliente del Tomador del Seguro, residente en España, cuya edad se encuentre comprendida entre los 18 y 65 años de edad en el momento de suscribir la póliza.

Asegurados

Clientes del Tomador del Seguro que cumplan los requisitos del Grupo Asegurable, que voluntariamente compren el seguro de Hospitalización a través de la web de éste.

El seguro debe estar contratado por una persona física, en ningún caso quedarán cubiertos los usuarios de vehículos de empresa, alquilados o destinados a otro fin que no sea particular.

Límite de Edad

La cobertura de la Póliza finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

Beneficiarios del Seguro

El Beneficiario de las coberturas de la póliza será el propio Asegurado.

Extensión de la Cobertura

Cobertura 24 horas, ámbito mundial.

Garantías Cubiertas

Cuando el Asegurado tenga que ser ingresado en un Hospital como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, la Aseguradora abonará la indemnización correspondiente a la opción contratada por el Asegurado.

Se hace constar que las indemnizaciones serán abonadas en España y en Euros y serán de aplicación las siguientes condiciones:

1. Si el Accidente es de Circulación: La indemnización será abonada desde el primer día, mientras se encuentre hospitalizado como paciente interno hasta un máximo de 30 días a contar desde el primer día de la hospitalización.
2. Si el accidente es diferente a un accidente de circulación: La indemnización la percibirá el Asegurado desde el 8º día de la hospitalización, **según la opción de franquicia elegida (7 días)**, hasta un máximo de 30 días, contando en todo caso desde el primer día de la citada hospitalización.

En cualquier caso el límite anual de hospitalización, por la misma causa o causa conexa, durante la anualidad es de 30 días.

Sumas Aseguradas

Indemnización diaria por hospitalización debida a un accidente:

.....200.00 Euros

Franquicia

Accidente de Circulación.....Sin franquicia

Accidente diferente a Circulación:

.....7 días

Fecha de Siniestro

A los efectos de la cobertura de la póliza, se considerará como fecha de siniestro:

La fecha de ocurrencia del accidente, por lo que no serán indemnizables las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad al efecto de la póliza.

Documentación a Aportar en Caso de Siniestro

En caso de siniestro se presentarán los siguientes documentos para el cobro de las indemnizaciones:

- Solicitud con todos los datos precisos para identificar al Asegurado reclamante.
- Informe médico detallando circunstancias del Accidente.
- Fechas de Ingreso y Alta hospitalaria
- Copia del Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- Los datos bancarios, cuenta corriente veinte dígitos, del asegurado hospitalizado

Prima por Persona y Año

OPCIÓN 3

CAPITAL

Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente de Circulación sin franquicia y hasta 30 días de indemnización

200.00 €

Indemnización diaria Hospitalización Accidente 24 HORAS **franquicia 7 días** y hasta 30 días de indemnización

Prima Neta anual 31.09 €

IPS+LEA 1.91 €

PRIMA TOTAL ANUAL 33.00 €

Condiciones Generales

Información Previa

Toda la información indicada en la presente cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro/Asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora británica ACE European Group Limited, con domicilio en Chubb Building, 100 Leadenhall Street, Londres, Reino Unido.
2. Que ACE European Group Limited, Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave E0155 y tiene su domicilio en Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 Madrid.
3. Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien corresponde dicho control es la Financial Conduct Authority (FCA), con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS y la Prudential Regulation Authority (PRA), con domicilio en 20 Moorgate, Londres EC2R 6DA.
4. Que la legislación aplicable al presente contrato de seguro será la Ley de 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y cualquier normativa desarrollo.
5. Que la liquidación de ACE European Group Limited, Sucursal En España no está sujeta a la legislación española sino a la británica y la autoridad competente para el caso de liquidación de la entidad en Reino Unido es la “Financial Services Compensation Scheme”, que a su vez actúa como fondo de garantía. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra a su disposición en la página web de la entidad aseguradora.
6. Que en caso de queja o reclamación podrá dirigirse en primera instancia al **Departamento de Reclamaciones** de ACE European Group Limited, Sucursal en España, y en caso de disconformidad, al Defensor del asegurado, LEGSE Abogados, en el correo electrónico defensordelasegurado@legse.com. En caso de no estar de acuerdo con la resolución o no ser atendido en 2 meses desde que hizo su reclamación podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.
7. Que el contrato queda sometido a la jurisdicción española y dentro de ella, a los tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

Ley Aplicable

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española y se rige por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Sanciones Comerciales

ACE European Group Limited, Sucursal en España (“La Aseguradora”) no podrá ser considerada responsable de proporcionar cobertura ni de pagar siniestro alguno ni de otorgar prestación o beneficio alguno bajo la presente póliza en la medida en que dicha cobertura, pago de siniestro u otorgamiento de dicho beneficio o prestación exponga a La Aseguradora o a su sociedad matriz **Chubb Limited** a cualquier sanción, prohibición o restricción aplicable conforme a las resoluciones emitidas por Naciones Unidas o a aquellas sanciones que, en materia comercial o económica, pudieran ser impuestas por la normativa y legislación de la Unión Europea, el Reino Unido, la legislación nacional o de los Estados Unidos de América.

Procedimiento para la Presentación de Quejas y Reclamaciones

Los procedimientos internos y externos para la presentación de quejas y reclamaciones serán las siguientes:

- a) Procedimientos internos

En el supuesto de que usted quiera presentar una queja relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a

Departamento de Reclamaciones
Paseo de la Castellana 141, planta 6
28046 Madrid
Correo electrónico: reclamaciones.es@chubb.com
Fax: + 34 91 837 67 76

El Reglamento de Funcionamiento del Departamento de Reclamaciones se encuentra disponible para ser consultado por parte de los clientes en las oficinas de "Ace European Group Limited, Sucursal en España".

En caso de que usted no esté de acuerdo con el contenido de la resolución dictada por el Departamento de Reclamaciones, podrá realizar su segunda reclamación a:

Defensor del Asegurado:
LEGSE Abogados
Correo electrónico: defensordelasegurado@legse.com
Fax + 34 915 76 08 73

El Departamento de Reclamaciones o, en su caso, el Defensor del Asegurado, dispondrán de un plazo de 2 meses para atender su queja o reclamación.

b) Procedimientos externos

En caso de haber sido desestimada su anterior queja o reclamación o haber transcurrido dos (2) meses desde su presentación ante el Departamento de Reclamaciones o al Defensor del Asegurado sin que haya sido resuelta, usted podrá dirigirse a la Dirección General de Seguros (Servicio de Reclamaciones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros será imprescindible que usted acredite haberlas formulado previamente al Departamento de Reclamaciones de la Compañía o en su caso, al Defensor del Asegurado o haber transcurrido el plazo de dos (2) meses anteriormente mencionado.

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

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, así como sus normas de desarrollo; sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros. Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD") y su normativa de desarrollo ACE European Group Limited, Sucursal en España ("La Aseguradora"), con domicilio en el Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 de Madrid como responsable del tratamiento, le informa de que los datos personales, incluyendo su nombre, apellidos, DNI, dirección, teléfono y cualesquiera otros, que usted nos facilite directamente o a través de su mediador, serán incorporados a un fichero del cual es responsable La Aseguradora con la finalidad de gestionar su póliza de seguro, realizar prospección de calidad de los productos contratados, prevenir e investigar el fraude así como valorar y delimitar el riesgo y la solvencia, incluyendo la consulta y cruce de los datos personales con ficheros comunes y ficheros de solvencia patrimonial y crédito, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro.

Igualmente, y salvo que usted indique lo contrario marcando la casilla que se muestra al efecto al final de la presente cláusula, le informamos de que LA ASEGURADORA tratará sus datos con la finalidad de informarle sobre sus actividades y productos presentes y futuros incluso por medios electrónicos, así como llevar a cabo estudios de marketing, , con el objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular y de realizar, en su caso, modelos valorativos ("Finalidades Accesorias").

En caso de que usted consienta el tratamiento de sus datos para Finalidades Accesorias, sus datos personales podrán ser tratados, incluso cancelada la póliza, hasta que usted revoque su consentimiento.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("LOSSEAR"), La Aseguradora le informa de que las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la

colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, así como, en su caso, prevenir el fraude en el seguro. En consecuencia, mediante la contratación de la presente póliza queda informado y otorga su consentimiento para que sus datos personales, incluyendo, en caso de ser necesario, sus datos de salud, puedan ser comunicados a los citados ficheros comunes.

Usted conoce y acepta que La Aseguradora pueda poner sus datos a disposición de otras compañías del Grupo Chubb y proveedores que podrán estar localizados dentro del Espacio Económico Europeo o, eventualmente, fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección equivalente al que otorga la normativa comunitaria, para las anteriores finalidades. Usted podrá encontrar un listado de dichas compañías del grupo Chubb en la página web de La Aseguradora. Por favor, revísela con regularidad.

Asimismo, en los casos en los que proceda según el tipo de seguro contratado, se le informa de que sus datos podrán ser cedidos a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de reaseguro o coaseguro y centros sanitarios. Mediante la contratación de esta póliza, usted otorga su consentimiento expreso para la cesión de sus datos personales a los centros sanitarios que gestionen los servicios de asistencia contratados en virtud de la presente póliza, quedando limitada dicha cesión a aquellos datos que resulten estrictamente necesarios, adecuados y pertinentes para la prueba y facturación del gasto sanitario por parte de La Aseguradora.

Del mismo modo, al amparo de lo dispuesto por el artículo 99.2 LOSSEAR, La Aseguradora podrá tratar los datos relacionados con su salud que, en su caso, le sean comunicados por los citados centros sanitarios en los siguientes supuestos: (i) para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al asegurado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por La Aseguradora y; (ii) para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de la presente póliza. En todo caso, el tratamiento de los datos antes indicados se limitará a aquellos que resulten imprescindibles para el abono de la indemnización o la prestación derivada de la presente póliza.

Igualmente, usted conoce y acepta que La Aseguradora podrá poner sus datos personales a disposición de las autoridades competentes (incluyendo autoridades fiscales), entidades financieras o, en su caso, de terceros en el marco de operaciones de reestructuración societaria, que estarán localizados en el Espacio Económico Europeo o fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección de datos equivalente.

Igualmente, sus datos personales podrán ser cedidos en caso de impago, a entidades gestoras de ficheros comunes de solvencia patrimonial y crédito en los términos previstos por la ley.

En caso de que en la póliza se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del tomador del seguro, usted confirma mediante la contratación de la presente póliza, que ha notificado a estas personas que ha comunicado sus datos personales a La Aseguradora y que ellos otorgan su consentimiento para el tratamiento, cesión y transferencia internacional (cuando sea necesaria) de sus datos conforme a lo establecido en la presente cláusula, excepto para las Finalidades Accesorias, siendo usted responsable de la citada notificación y obtención de consentimiento.

Le informamos de que usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con los procedimientos legalmente previstos, mediante escrito dirigido a la dirección arriba indicada al que deberá adjuntar en su envío una copia de su Documento Nacional de Identidad o documento oficial equivalente o mediante correo electrónico a la dirección clientes.es@Chubb.com

La Aseguradora se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología.

Al marcar esta casilla ☐, RECHAZO mi consentimiento para el tratamiento de mis datos para las Finalidades Accesorias, incluyendo las cesiones y transferencias internacionales para tales Finalidades Accesorias.

Definiciones

A efectos de la póliza se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva directamente de un hecho fortuito, súbito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca Fallecimiento, Incapacidad Permanente o cualquier otra situación garantizada por la póliza.

A los efectos de la presente póliza tendrán la consideración de Accidente:

- Las descargas eléctricas y el rayo.

- Los envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se pueda demostrar fehacientemente la relación causa-efecto.
- Igualmente quedan cubiertos los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
- Cobertura de Vuelo, quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (I) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o “chárter” entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (II) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (III) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.

Accidente de Circulación: Accidente ocurrido al Asegurado cuando éste se encuentre:

- Como pasajero en transporte público y subiendo o bajando del mismo.
- Como conductor o pasajero de un transporte privado.
- Como peatón.

Asegurado: Persona física sobre la que se establece el Seguro.

Anualidad del Seguro: Período anual contado desde cada renovación de la Póliza. La primera anualidad se contará desde la fecha de efecto inicial.

Beneficiarios: Es la persona o personas, físicas o jurídicas, que ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

Entidad Aseguradora/La Aseguradora: ACE European Group Limited, Sucursal en España actuando como Entidad Aseguradora, (en adelante, la Aseguradora).

Garantías Cubiertas: Los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura, detallados en las condiciones de la póliza.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

Grupo Asegurado: Conjunto de Asegurados incluidos en el Seguro.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. **No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.**

Hospitalización: Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, **durante un período superior a 24 horas**

Médico: Persona física autorizada legalmente para ejercer la medicina en virtud de un título reconocido, todo ello conforme a la legislación vigente en el país en que la ejerza.

Peatón: Persona física que, sin ser conductor, transita a pie por las vías o terrenos de uso público o privado, que sean utilizados por una colectividad indeterminada de usuarios.

A efectos de la presente garantía, el accidente sufrido por el Asegurado cuando es peatón, deberá haber sido causado por un vehículo.

Prima: Es el precio total del Seguro.

Póliza: Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

Transporte Privado: Se hace expresamente constar que a efectos de la cobertura se entiende por medio de transporte privado, cualquier ciclomotor, motocicleta o automóvil turismo privado o de alquiler de hasta un máximo de nueve plazas.

No se considera Transporte Privado cualquier vehículo de uso público, destinado al transporte de viajeros y/o mercancías.

Transporte Público: Cualquier vehículo de transporte por aire, tierra o agua, con la debida licencia para el transporte de pasajeros, con publicación de tarifas de precios para usuarios, horarios de salida y llegada, así como puntos de origen y destino predeterminados; y previo pago de un billete.

Se hace expresamente constar que queda incluido el taxi, así como un automóvil de alquiler con conductor.

Siniestro: Suceso que pueda dar origen al percibo de las indemnizaciones. Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa.

Suma Asegurada: Importe de la indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Tomador: Es la persona física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

Extensión de la Cobertura

La extensión de la cobertura será la indicada expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Personas no Asegurables

8. Las personas paralíticas, sordas, alcohólicos y/o toxicómanos, epilépticos, con enajenación mental o diabéticos. De producirse alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo a la Aseguradora tan pronto como les sea posible.
9. Los menores de 14 años podrán estar asegurados para Gastos de Sepelio. Sin embargo, y por prescripción legal, no estarán asegurados para riesgo de Muerte.

Entrada en vigor del Seguro

El seguro entra en vigor en la fecha de efecto indicada en el presente certificado, siempre que la prima haya sido pagada.

Duración del Contrato

La duración del contrato es la establecida en el presente certificado.

La garantía terminará al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de SESENTA Y CINCO (65 AÑOS).

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la Póliza los siguientes supuestos:

1. Accidentes anteriores a la Póliza y las consecuencias derivadas de los mismos.
2. Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionadamente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión autoinfligida.
3. El infarto de miocardio aun cuando sea dictaminado como accidente laboral.
4. Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.
5. La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido. Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente peligrosa.
6. Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicas, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.
7. Guerra declarada o no, conmociones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.
8. Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.
9. Radiaciones o efectos de la energía nuclear.
10. Cualquier accidente que se produzca estando el asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. Para la determinación de dicha influencia, independientemente del tipo de accidente de que se trate, se estará a los límites fijados por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor y seguridad vial al momento de su ocurrencia.
11. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
12. Hernias, cualquier que sea su naturaleza.
13. Cualquier enfermedad aun cuando sea dictaminada como accidente o accidente laboral

Las exclusiones de los apartados 8 y 9 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros referido en el correspondiente Artículo de las Condiciones Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidos de las coberturas del presente contrato, todos aquellos Asegurados que se encuentren en el momento de la formalización de la póliza en situación de incapacidad laboral transitoria como consecuencia de un accidente y en general, las consecuencias de todos aquellos accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidas de la cobertura de la póliza, las lesiones o muerte derivadas de infarto, derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.

Obligaciones del Tomador del Seguro

Declaración del Riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán declarar con exactitud todos los aspectos de los que tenga conocimiento y que pudieran permitir que la Aseguradora valore los riesgos que se están cubriendo, y que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Alteraciones del Riesgo

14. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar a la Aseguradora, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato no lo habría realizado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Aseguradora, en el plazo máximo de dos meses en que la agravación le haya sido comunicada, puede proponer una modificación del contrato, disponiendo el Tomador de quince días, desde la recepción, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Aseguradora también podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a contar desde el momento en que tuvo conocimiento de tal agravación. En el caso que el Tomador o Asegurado no hubiesen comunicado tal agravación y sobreviniese un siniestro, la Aseguradora quedará liberada si estos hubiesen actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

15. Caso de disminución del riesgo durante la vigencia del contrato, el Tomador o Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora tales circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de la tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

16. El Tomador o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, el cambio, aunque sea temporal, de la actividad, profesión u ocupación del Asegurado declarada al contestar el cuestionario presentado por la Aseguradora, antes de concertar la Póliza. Si el cambio supone una agravación o disminución del riesgo, se procederá según lo dispuesto en los apartados 1 y 2 de este Artículo.

Pago de Primas

17. El Tomador del Seguro pagará a la Aseguradora las primas, en el lugar y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Aseguradora 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, la Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, solo 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 24 horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Disposiciones Varias

Bases del Seguro

19. Las declaraciones del Tomador del Seguro, constituyen la base del seguro.
20. Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza.
21. Si una vez perfeccionado el contrato, la Aseguradora tuviera conocimiento que las declaraciones del Tomador son inexactas, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que conoció tal inexactitud.

Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurre dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

22. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Prescripción

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.

Comunicaciones

23. **Las comunicaciones a la Aseguradora se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza.**

Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante de la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

24. **Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros a la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si las efectuara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.**

25. **Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.**

Moneda

La liquidación de las posibles indemnizaciones por la cobertura contratada se practicará por el montante en euros.

Aviso de Siniestro y Pago de Indemnizaciones

- 26. El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, debiendo emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.**
27. Una vez verificadas las consecuencias del Siniestro, la Aseguradora abonará las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, para la/s garantía/s afectada/s por el Siniestro.
28. En cualquier caso, dentro de los cuarenta (40) días, a partir de la recepción de la declaración del Siniestro, la Aseguradora deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.
- 29. Incumbe al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario probar la existencia del siniestro.**

Si hay acuerdo entre ambas partes, la Aseguradora pagará la suma convenida en las Condiciones Particulares.

En cambio, si el Asegurado no aceptase la proposición de la Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos.

A tales efectos, si no hubiese acuerdo en un plazo de cuarenta (40) días, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que dicha parte sea requerida por la que hubiere designado el suyo. De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos ambas partes designarán un tercer Perito de común acuerdo, y de no existir el citado acuerdo, la designación se hará por un Juez de Primera Instancia del domicilio del Tomador. En todo caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta (30) días a partir de la aceptación de su nombramiento por el último Perito.

Las partes podrán impugnar, caso de desacuerdo, el dictamen disponiendo de treinta (30) días la Aseguradora y de ciento ochenta (180) días el Asegurado, a partir de su notificación.

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