

**CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES
DE
LAS PÓLIZAS**

Nº 2019M01506CMA0000001

Concertados entre

MUTUASPORT

y

FEDERACIÓN CICLISMO REGION DE MURCIA



El Tomador/Asegurado ha sido informado del sometimiento de MUTUASPORT a la Legislación Española vigente y de la posibilidad de reclamación extrajudicial ante el Servicio de Atención al Mutualista de MUTUASPORT y ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Madrid, 1 de enero de 2019

CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO DE SEGURO

▪ DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LA

FEDERACION DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

DURACIÓN: ANUAL PRORROGABLE

VIGENCIA: 01.01.2019 A LAS 00,00 HORAS

TOMADOR DEL SEGURO

FEDERACION DE CICLISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA
C.I.F: V-30.110.704
C/ La Torre s/n Pabellón la Torre
3006, Puente tocinos (Murcia)

I.- ASEGURADOS

Tendrán consideración de asegurado los deportistas sin límite de edad, inscritos en la Federación, con licencia federativa o tarjeta en vigor y al corriente de pago que participen en cualquiera de las modalidades y disciplinas sujetas a la federación en calidad de amateur detalladas en el presente contrato, así como los directivos, técnicos del club o federación, delegados técnicos, jueces, árbitros y cronometradores

II- OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Accidentes acaecidos durante la práctica deportiva como amateur en las actividades recogidas en los estatutos de la Federación, en los términos previstos por el **R.D. 849/1993, de 4 de junio**.

Se entiende por accidente, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violento, súbito y externo durante la práctica deportiva no profesional, siempre y cuando estas se produzcan en instalaciones deportivas o ubicaciones adecuadas para este deporte.

Están expresamente cubiertas las lesiones corporales de accidentes deportivos que se ocasionen en entrenamientos y competiciones oficiales organizadas por la Federación.

Se otorga cobertura de Lesiones Accidentales no Traumáticas, entendido como tales las que deriven de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado. **Excluidas las patologías degenerativas y las que aun estando latentes se manifiesten de forma súbita**

Garantías y Capitales:

Fallecimiento Accidental:

- Como consecuencia de accidente deportivo: **6.010,12 €**
- Para los menores de 14 (en concepto de gastos de sepelio): **1.500,00 €**
- Cuando se produzca durante la práctica deportiva pero sin causa directa en la misma: **1.875,00 €**

Invalidez Permanente Baremo (indemnización por secuelas):

- Como consecuencia de accidente deportivo (hasta un máximo de): **12.020,24€**

En la aplicación del baremo de lesiones regirán los siguientes principios:

Los tipos de invalidez no especificados expresamente se indemnizarán conforme al Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. 26.1.2000)

Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Con respecto a los dedos, únicamente se considerará invalidez permanente la pérdida anatómica total de cada una de las falanges, y la indemnización se establecerá de la siguiente forma:

- Por la pérdida de una falange del dedo pulgar o del dedo gordo del pie: el 50%.
- Por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo: el 33%.

Ambas fracciones se aplicarán sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

El acortamiento de una pierna en menos de 5 centímetros no dará lugar a indemnización.

Cuando las lesiones afecten al miembro superior no dominante, el izquierdo de un diestro o viceversa, los porcentajes de indemnización sobre el mismo deben ser reducidos en un 15 por 100.

Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro u órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.

La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo.

La acumulación de todos los porcentajes de invalidez, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

Cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado alguna franquicia, no se indemnizarán los tipos de invalidez que, aislados o en conjunto, no superen el porcentaje establecido al efecto. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

Asistencia Sanitaria:

- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica (en régimen hospitalario) y sanatorial, en accidentes ocurridos en territorio nacional, durante un periodo de **18 meses** y en cuantía **ILIMITADA**.
- Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente.
- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica (en régimen hospitalario) y sanatorial, en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 € y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha de ocurrencia del siniestro. En caso de incurrir en gastos de traslado, dicha cobertura se deducirá del límite indicado anteriormente en esta cobertura.
- Los tratamientos de rehabilitación necesarios a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza, durante un periodo de dieciocho meses a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.
- Gastos de traslado o evacuación desde el lugar del accidente hasta el ingreso definitivo en un hospital concertado por la Póliza del seguro, dentro del territorio nacional.
- Material ortopédico necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza (no prevención) **HASTA UN 70 % DEL PVP**
- Gastos de odontología necesarios a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza: **HASTA UN LÍMITE DE 300,00€**
- Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional.
- Libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

En los casos de urgencia vital, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro sanitario más próximo Mutuasport, en este caso, se hará cargo de las facturas de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado al centro médico concentrado para continuar su tratamiento.

RIESGOS EXCLUIDOS DE ACCIDENTES

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

- 1) Provocación intencionada por parte del Asegurado.
- 2) Las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.
- 3) Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica deportiva
- 4) Los servicios sanitarios prestados por centros no concertados, salvo en caso de urgencia vital.
- 5) La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.
- 6) Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias, cervialgias, y hernias de cualquier naturaleza, siempre que no se ajusten a lo previsto en el Real Decreto 849/93.
- 7) Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo los efectos de drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que estas circunstancias hayan sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior a la determinada legalmente en el momento de ocurrencia del siniestro.
- 8) Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- 9) Las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente cubierto por la póliza.
- 10) Participación activa del Asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- 11) Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y records o tentativa de los mismos.
- 12) Los gastos de rehabilitación a domicilio.
- 13) Los gastos farmacéuticos derivados de la asistencia ambulatoria que pueda precisar el Asegurado.
- 14) Los gastos y/o indemnizaciones derivados del suicidio del asegurado.
- 15) Quedan expresamente excluidos todos los accidentes acaecidos en cualquier medio de transporte público o privado que signifique un desplazamiento significativo, así como aquellos producidos en centros urbanos. Es decir, únicamente quedan cubiertos los accidentes sucedidos en el entorno de la montaña, así como en los medios de transporte necesarios para la práctica deportiva, como por ejemplo los remontadores, trenes cremalleras, teleféricos, etc...

III.- PRIMAS

La prima total inicial de la póliza se emite con una estimación de federados, que se regularizará en el periodo pactado, siendo la prima total la que corresponda a las altas realizadas durante la vigencia de la póliza en las distintas modalidades de seguro contratada.

PRIMA NETA MÍNIMA: Se establece una Prima Neta mínima no retornable fijada al inicio de la anualidad en base al 80% de la prima neta anual en base a los asegurados al final de la temporada pasada.

FORMA DE PAGO: Trimestral.

FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA: El primer recibo, que incluirá un número mínimo de federados, se fraccionará trimestralmente. Haciéndose efectivo el 25% a la fecha de entrada en vigor de la póliza 01-enero- 2019.

El otro 75% se abonará por terceras partes a fecha 15-abril-2019, 15-Julio-2019 y 15-octubre-2019

PERIODO DE REGULARIZACIÓN: Anual.

MODO DE COMUNICACIÓN DE ALTAS: Relación Nominal.

El Tomador del Seguro se compromete a notificar al Mediador/Compañía semanalmente las altas definitivas (el número de asegurados por modalidad, nunca pueden ser inferior al número de asegurados comunicado anteriormente, durante la vigencia anual de la póliza) dadas en la Federación en función del tipo de Modalidad

En, Madrid, a 01 de enero de 2019.

I. CONDICIONES GENERALES

Seguros de Accidentes Corporales

MUTUASPORT”, MUTUA DE SEGUROS DEPORTIVOS

□ CLÁUSULA PRELIMINAR.

El presente CONTRATO se encuentra sometido a:

- La Ley de Contrato de Seguro 50/1.980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), cuyo artículo 2º establece que serán válidas las cláusulas contractuales distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el Asegurado.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Al R.D. 849/1.993, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo.

Las cláusulas limitativas contenidas en la Póliza sólo serán válidas con la previa aprobación por escrito del Tomador de la Póliza.

□ DEFINICIONES.

ASEGURADOR: Es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En este caso MUTUASPORT, Mutua de Seguros Deportivos a Prima Fija.

TOMADOR DEL SEGURO: Es quien, juntamente con el Asegurador suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. El tomador del seguro se identifica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ASEGURADO: Quien sea designado como asegurado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La condición de asegurado podrá adquirirse, desde el momento en que cumpla las condiciones estipuladas, por el modo indicado en las Condiciones Particulares.

BENEFICIARIO: En los casos de Incapacidad Permanente Absoluta, Total o Parcial, será Beneficiario el propio Asegurado.

En caso de muerte, salvo expresa designación en Póliza, en declaración posterior escrita al Asegurador o en testamento, de Beneficiarios, se considerará como tales los que tengan la condición de herederos del tomador en el momento del fallecimiento del asegurado. Toda revocación o modificación de Beneficiarios deberá hacerse en la misma forma que la designación.

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: (Las Especiales, si procedieren), y los Suplementos, Apéndices o Anexos que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

PRIMA: Es el precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA: Es la cifra fijada en las Condiciones Particulares o en los Anexos, que limita la responsabilidad del Asegurador en caso de siniestro.

ACCIDENTE: Lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte

Se incluyen las lesiones accidentales no traumáticas que deriven de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado. Excluidas las patologías degenerativas y las que aun estando latentes se manifiesten de forma súbita.

SINIESTRO:

- 1.- Todo hecho cuyas consecuencias económicas dañosas estén garantizadas por algunas de las modalidades del Seguro.
- 2.- Se considerará que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de daños derivados de un mismo hecho.

DAÑOS CORPORALES: Lesiones corporales, invalidez o muerte causadas a personas físicas.

RECLAMACIÓN: El requerimiento judicial o extrajudicial formulado con arreglo a derecho contra el Asegurado como presunto responsable de un hecho amparado por la Póliza de responsabilidad civil del asegurado, o contra el Asegurador, en el ejercicio de la acción directa, por tal motivo. Así como la comunicación del Asegurado al Asegurador de cualquier hecho o circunstancia que la que pudieran derivarse responsabilidades.

□ DURACIÓN DEL SEGURO.

Artículo 1º.- El ámbito temporal de cobertura será el determinado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de cada asegurado en particular comenzará a partir de la fecha en que adquiera tal condición de acuerdo con las Condiciones Particulares de la póliza y quedará extinguida en la fecha determinada en dichas Condiciones. La condición de asegurado, que venga determinada por la adquisición de la misma por el cumplimiento de los requisitos de las Condiciones Particulares de la póliza, no será objeto de renovación automática, por lo que la condición de asegurado será adquirida en relación con cada periodo de vigencia de la póliza, hasta la fecha prevista para su terminación.

□ AMBITO TERRITORIAL DEL SEGURO.

Artículo 2º.- Los seguros de Accidentes y Responsabilidad Civil es únicamente valedero en España, es decir, en la Península, Islas Baleares, Islas Canarias y Territorios de Ceuta y Melilla.

Excepcionalmente, y en el ámbito del Seguro de Accidentes, para el caso de desplazamientos de Federados-Asegurados al extranjero con motivo de su participación en una competición oficial de carácter internacional o entrenamiento, el ámbito territorial del seguro se extenderá al lugar donde se celebre la mencionada competición, de acuerdo con el límite de cobertura específico establecido en Contrato.

Solo gozarán de cobertura los siniestros producidos en dichos territorios.

□ BASES DEL CONTRATO.

Artículo 3º.- Las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro, de acuerdo con el cuestionario que le someta el Asegurador, así como la presente Póliza, consistente en Condiciones Generales, Particulares, y en su caso, Especiales, y los Certificados Individuales de Adhesión al Seguro Colectivo, constituyen un todo unitario, base del Seguro. Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición del Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro dispone de un mes, desde la entrega de la Póliza para reclamar al Asegurador las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 4º.- El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado el Tomador del Seguro si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que no puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

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

□ PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

Artículo 5º.- El contrato se perfecciona con el consentimiento, manifestado por la suscripción, por las partes contratantes, de la Póliza.

El Seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, y respecto de aquellos asegurados que adquieran tal condición durante el periodo de vigencia del contrato, desde el momento en que cumplan los requisitos para ser asegurados contenidos en las Condiciones Particulares, siempre que, salvo pacto en contrario, el Asegurador haya cobrado el primer recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de uno cualquiera de los citados requisitos, salvo lo dispuesto en el párrafo anterior con respecto a la prima, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

Será nulo el Contrato si en el momento de su perfección ha ocurrido el siniestro, teniendo derecho el Asegurador a hacer suya la prima percibida.

□ DECLARACIÓN SOBRE EL RIESGO

Artículo 6º.- La presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro o Asegurado, de acuerdo con el cuestionario que le haya sometido el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del Contrato y la fijación de la prima.

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

❑ FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE LAS DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Artículo 7º.- El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

❑ AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

Artículo 8º.- 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 y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, o no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

❑ FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Artículo 9º.- El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del Contrato en un plazo de dos meses, a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del Seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador podrá, igualmente, 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. Dicha rescisión deberá ser anunciada con una anticipación de quince días a su toma de efecto.

❑ CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Artículo 10º.- Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente, a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo del Seguro que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa queda rescindido el Contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, el Asegurador hará suya en su totalidad la prima cobrada. Siempre que dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al período que falte transcurrir de la anualidad en curso.

❑ DISMINUCIÓN DEL RIESGO

Artículo 11º.- El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

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

❑ OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Artículo 12º.- El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador por medio adecuado y fehaciente el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Las notificaciones de siniestros deberán hacerse por escrito y contener, en cuanto sea posible, la información detallada sobre:

- a. Día, hora, lugar y circunstancias del accidente.
- b. Nombre, profesión, empleo y domicilio de las personas causantes o responsables del accidente y, en su caso, de los restantes miembros de la actividad
- c. Nombre, profesión, empleo y domicilio de las víctimas y, en su caso, parentesco de las mismas con el Asegurado.
- d. Detalle de los daños causados por el accidente.
- e. Nombre, profesión, empleo y domicilio de los testigos.
- f. Autoridades que han tenido conocimiento del accidente.
- g. Facultativos o centros asistenciales que, en su caso, hayan atendido a las víctimas.
- h. Cualesquiera otras circunstancias que el Asegurado crea de interés o que el Asegurador le solicite a través de los cuestionarios de Declaración de Siniestro.

Artículo 13º.- El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

El Tomador del Seguro deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.

❑ PAGO DE LAS PRIMAS.

Artículo 14º.- El Tomador del Seguro/Asegurado está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Particulares o los Anexos.

Si por culpa del Tomador/Asegurado, la prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, 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, correspondiéndole la fracción de prima por el tiempo que haya estado suspendida la cobertura.

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.

Artículo 15º.- El pago de las primas que efectúe el Asegurado a un agente mediador representante del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

El mutualista responderá con el límite máximo de la prima del último ejercicio, en forma mancomunada de las obligaciones económicas derivadas del resultado del ejercicio anual.

El impago de las derramas pasivas será causa de la suspensión del Contrato, una vez transcurridos sesenta días desde que hubiera sido requerido para el pago; No obstante, el Contrato de Seguro en curso continuará vigente hasta el próximo vencimiento del período de Seguro en curso, en cuyo momento será extinguido, pero subsistiendo la responsabilidad del mutualista por las deudas pendientes. Artículo 8º párrafos c y d de los estatutos.

❑ **OTRAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR**

Artículo 16º.- El Tomador del Seguro, de ser distinto del Asegurado, realizará todo lo necesario para que los Asegurados o Beneficiarios puedan obtener las prestaciones del Seguro, colaborando en la tramitación de los siniestros declarados por los asegurados, recepcionando la documentación remitida por ellos y poniendo en conocimiento de la Aseguradora toda la documentación e información disponible para una mejor gestión del siniestro.

❑ **OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.**

Artículo 17º.- En caso de accidente, el Asegurado o los Beneficiarios deberán formular aviso del mismo ante el Asegurador.

Incumbirá al Asegurado o a los Beneficiarios la prueba de los daños corporales consecuencia del accidente. Con este fin podrán aportar certificaciones facultativas en las que se describan las lesiones sufridas y certificación literal del Registro Civil, en caso de muerte. Si estos documentos se emiten por facultativos o autoridades extranjeras estarán debidamente legalizados.

El Asegurado justificará su condición de tal mediante exhibición del certificado individual de adhesión al seguro colectivo o condiciones particulares del seguro.

❑ **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Artículo 18º.- El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización de forma inmediata, al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

❑ COMUNICACIONES

Artículo 19º.- Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquella, señalado en la Póliza; pero si se realizan a un Agente mediador representante del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

Las comunicaciones efectuadas por corredores de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

❑ JURISDICCIÓN

Artículo 20º.- El presente Contrato de Seguro, queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

❑ PRESCRIPCIÓN

Artículo 21º.- Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de 5 años, en el caso del Seguro de Accidentes y en el término de 2 años en el caso del Seguro de Responsabilidad Civil y Defensa Jurídica, a contar desde el momento en que pudieron ejercitarse.

❑ SOLUCIONES DE CONFLICTOS ENTRE PARTES - COMPETENCIA

Artículo 22º.-

1. Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio del árbitro de conformidad con la legislación vigente.
2. Si cualesquiera de ellas o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez Competente en función del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este Contrato de Seguro.

□ OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO.

Artículo 23º.- El Seguro Obligatorio Deportivo:

Tiene por objeto cubrir el riesgo de accidente del “federado asegurado” causado por la propia acción deportiva de éste, inscrito en la Federaciones Tomadora del seguro, que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal o autonómico; el seguro cubrirá, en el ámbito de protección de los riesgos para la salud, los que sean derivados de la práctica deportiva asegurada, incluido el entrenamiento oficial para la misma, y con arreglo, como mínimo, a las prestaciones que se detallan en el anexo del Real Decreto 849/1993, de 4 de junio y que se relacionan en las condiciones particulares

□ PRIMA

Artículo 24º.- La prima y los métodos para su cálculo, devengo y vencimiento, será la estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza y sus Anexos.

Devengada la prima, la Tomadora del seguro quedará obligada a su liquidación a la entidad aseguradora.

□ RIESGOS CUBIERTOS POR EL SEGURO.

Artículo 25º.- A los efectos del riesgo cubierto por el Seguro de Accidentes, se entiende por accidente deportivo todo hecho acaecido al deportista, ajeno a su voluntad que le produzca lesiones corporales, originadas por causa externa, fortuita, súbita o violenta.

Artículo 26º.- Sin perjuicio de aquellas prestaciones mínimas garantizadas en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, y mientras no contravenga dicha disposición, el límite cuantitativo por **TODOS LOS CONCEPTOS** (Indemnizaciones, asistencia sanitaria, rehabilitación, gastos de transporte, etc.), **será el determinado por la cobertura máxima contratada para fallecimiento o invalidez (la que sea mayor)**, cantidad que será el **límite máximo** a pagar por MUTUASPORT y la suma de todas las cantidades con cargo al siniestro. En caso de fallecimiento derivado de un accidente cubierto por el contrato, los beneficiarios, percibirán la prestación correspondiente, previa deducción de los gastos pagados anteriormente si los hubiera habido con cargo a dicho siniestro.

□ RIESGOS EXCLUIDOS DE COBERTURA.

Artículo 27º.- Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro, las especificadas en las Condiciones particulares

❑ PRESTACIONES A CARGO DEL SEGURO.

Artículo 28º.- Las prestaciones económicas correspondientes a cada concepto cubierto por la póliza serán las establecidas en las Condiciones Particulares o sus Anexos.

Artículo 29º.- ACUMULACIÓN DE PRESTACIONES: Sin perjuicio de aquellas prestaciones mínimas garantizadas en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, y mientras no contravenga dicha disposición, caso de concurrir varios conceptos o prestaciones en un mismo siniestro (p. ej., gastos sanitarios e indemnizaciones por invalidez) la suma de todos los pagos NO PODRÁ SER SUPERIOR AL CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO PARA FALLECIMIENTO O INVALIDEZ, estipulado en las Condiciones Particulares o en sus Anexos.

Artículo 30º.- Si con posterioridad a que el Asegurador hubiera pagado la indemnización por Invalidez **Permanente absoluta o Invalidez/Incapacidad Total o Parcial**, ocurriera el fallecimiento a causa del accidente, el Asegurado sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y la suma asegurada para garantía de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera igual o superior, el Asegurador no podrá reclamar la diferencia, ni vendrá obligado a pagar cantidad alguna.

❑ PRESTACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL.

Artículo 31º.- La Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial, cubierta por este Seguro, se determinará en función del grado de inhabilitación que se atribuye a las lesiones de los Asegurados, de conformidad con el baremo de la Póliza.

Artículo 32º.-La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos médicos, conforme al artículo 34 de la presente póliza

❑ PAGO DE PRESTACIONES.

Artículo 33º.- En caso de accidente cubierto por la presente Póliza el Asegurador pagará al Asegurado o Asegurados y en caso de fallecimiento a los Herederos, las prestaciones establecidas.

En caso de fallecimiento, el Heredero deberá presentar los siguientes documentos:

- a. Acreditar la condición de asegurado del fallecido y la prueba del accidente.
- b. Los que acrediten su personalidad y condición de Heredero.
- c. La partida de defunción del Asegurado, certificación literal de Registro Civil, así como informe de la Autopsia, en su caso.
- d. Carta de pago, total o parcial o Autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones, en su caso.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, cuando ello fuere necesario.

En caso de **Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta, Total o Parcial**, el Beneficiario deberá presentar certificado médico avalado por el Organismo Competente, con expresión del tipo de Invalidez o lesiones a consecuencia del accidente.

□ PROCEDIMIENTO PERICIAL

Artículo 34º.- En el caso en que no existiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado o el Beneficiario, según proceda, sobre el grado de Invalidez o **Incapacidad**, las partes se someterán a la decisión de peritos.

Si no se logra acuerdo entre las partes en el plazo de 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un perito. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte.

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

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo de 30 días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el tercer perito.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de 30 días, en el caso del Asegurador, y 180 en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalada por los peritos en un plazo de 5 días.

□ HONORARIOS DE LOS PERITOS

Artículo 35º.- 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 del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesario la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

□ CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

Artículo 36º.- Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas:

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

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, 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

Artículo 37º.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

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

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

Artículo 38º.- 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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los **producidos por fenómenos de la naturaleza** distintos a los señalados en el artículo a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los **causados por actuaciones tumultuarias** producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado b) anterior.
- g) Los causados por **mala fe del asegurado**.
- h) Los correspondientes a **siniestros producidos antes del pago de la primera prima** o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se **halle suspendida o el seguro quede extinguido** por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de **«catástrofe o calamidad nacional»**.

Artículo 39º.- Extensión de la cobertura:

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios
2. 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 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.

Artículo 40º.- Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros.

La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

1. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de **Atención Telefónica** del Consorcio de Compensación de Seguros (**952 367 042** ó **902 222 665**).
 - A través de la página **web** del Consorcio de Compensación de Seguro (www.conorseguros.es).
2. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
3. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

En Madrid a 1 de enero de 2019

II. ANEXOS AL CONTRATO DE SEGURO DE ACCIDENTES CORPORALES

Junto a las presentes Condiciones Generales y Particulares se acompañan los siguientes Anexos:

- Anexo I comprensivo del Baremo de Indemnización por Invalidez Permanente Total y Parcial.
- Anexo II comprensivo de las Normas de Actuación para caso de Siniestro de Accidentes.
- Anexo III Nota Informativa del Seguro de Responsabilidad Civil, Defensa Jurídica y Accidentes de Mutuasport.
- Anexo IV Tratamiento de datos personales.
- Anexo V relativo a los modelos de Declaración de Siniestros de Accidentes.

En Madrid a 1 de enero de 2019