

SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA INFORMATIVA

La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/98) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, se denominará indistintamente, Generali, la Compañía, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)
- Domicilio Social, Calle Orense nº 2, MADRID, CIF A.28007268.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora.

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias.

La Compañía pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

Dirección: Servicio de Atención al Cliente
Calle Orense, nº 2
28020 Madrid
reclamaciones@generali.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44
28046- MADRID
www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

El presente contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables, y por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

No tendrán validez las cláusulas excluyentes o limitativas de los derechos del Tomador o de los Asegurados que no hayan sido expresamente aceptadas por los mismos por escrito, y con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

ARTICULO 1: Intervinientes en el contrato. Definiciones

La Compañía: Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en calle Orense nº 2, 28020 Madrid, es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.

Tomador del Seguro: Persona física que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Grupo asegurable: 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.

Asegurado: Cada una de las personas sobre cuya vida o integridad corporal se ha estipulado el contrato y que, perteneciendo al Grupo Asegurable, reúna las correspondientes condiciones de adhesión y figure en la relación de personas incluidas en el contrato, ya sea nominalmente, ya sea de forma genérica siempre que en este supuesto exista una fórmula para su individualización e identificación.

Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato.

Póliza: El conjunto de documentos que recogen los datos y pactos del contrato de seguro. Forman parte de la póliza las Condiciones Generales y las condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se emitan para modificar o completar el contrato de Seguro.

Accidente Deportivo: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevinida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.

ARTICULO 2: Documentación del contrato.

Condiciones Generales: Regulan los principios básicos del Seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de Seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones Particulares: Regulan y recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las Condiciones Generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Asimismo, regulan el alcance de la cobertura de las distintas Garantías que ofrece el Seguro de Accidentes. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o Apéndices: Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del Seguro, mediante Apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

ARTICULO 3: Objeto y extensión del seguro.

Objeto del Contrato: la Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en el Contrato cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un accidente cubierto en póliza y cuyas consecuencias lesivas se manifiesten y queden acreditadas dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.

Alcance y ámbito de la cobertura: las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares regulan el alcance de la cobertura del Contrato, delimitando aquellos accidentes y aquellos riesgos por los que se otorga protección al Asegurado.

Extensión territorial: la cobertura del presente seguro se extiende a aquellos accidentes ocurridos en cualquier lugar del mundo, en lo que respecta a las garantías de Fallecimiento e Invalidez Permanente.

Las garantías de Invalidez Temporal, Asistencia Sanitaria e indemnización diaria por hospitalización solo tienen cobertura, salvo pacto en contrario, para los accidentes ocurridos en la Unión Europea.

ARTICULO 4: Riesgos cubiertos por el 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 Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad

aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

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) Hechos o 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, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.*
- g) *Los causados por mala fe del asegurado.*
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.
- h) *Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.*

3. Extensión de la cobertura

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

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del Consorcio (www.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.

ARTICULO 5: Perfección, Efectos y Duración del Contrato.

5.1. Perfección: el presente Contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes, mediante la firma de la póliza por la Compañía y el Tomador del Seguro y por el pago de la prima.

5.2. Efectos: la cobertura de los riesgos contratados entra en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, una vez aquél haya sido perfeccionado y satisfecha la prima del Seguro. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima. En el caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

5.3. Duración: la duración del Contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo se entenderá prorrogado el Contrato automáticamente por el plazo de otro año, y así sucesivamente al término de cada anualidad, salvo pacto en contrario o que, por la naturaleza temporal del Contrato deba deducirse su improrrogabilidad.

A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como la Compañía, mediante notificación escrita a la otra parte con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del seguro en curso.

ARTICULO 6: Pago de las primas del Contrato.

6.1. Indivisibilidad de la prima: las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por tiempo inferior, en cuyo caso se constituirá como prima única. No obstante, en las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

6.2. Momento del pago: el pago de la primera prima se efectuará en el momento de la perfección del Contrato y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

6.3. El pago de la primera prima o de la prima única: si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro la Compañía quedará liberada de toda obligación.

6.4. El pago de las primas sucesivas: en caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Compañía quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía 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, cuando el Contrato esté en suspenso, la Compañía sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

- 6.5. Lugar del pago:** el domicilio de pago de las primas será el del Tomador del Seguro, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se determine lugar distinto.
- 6.6. Domiciliación bancaria:** si se conviene el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, se aplicarán las siguientes normas:
- a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía una carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador. En este caso, la Compañía notificará a éste que tiene el recibo de prima a su disposición en su domicilio o en el de su correspondiente representante, lugar donde vendrá obligado el Tomador a satisfacer la prima, quedando la cobertura en suspenso.
 - c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquélla estará obligada a notificarle tal hecho por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía.
- 6.7. Pago de los tributos:** el pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado, por el Beneficiario o por sus respectivos derechohabientes.
- 6.8. Pago realizado a Agente o a Corredor de Seguros:** El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador a un Agente Exclusivo de la Compañía, surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta. El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador a un Agente Vinculado o Corredor de Seguros no se entenderá realizado a la Compañía, salvo que, a cambio, el Agente Vinculado o Corredor entregue al Tomador el recibo de prima original de la Compañía.

ARTICULO 7: Declaraciones del Tomador del Seguro

- 7.1. Bases del Contrato.** El presente Contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente solicitud, o en la proposición que en su caso haya formulado la Compañía, así como en el Cuestionario presentado por ésta y cumplimentado por el Tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y determina los derechos y obligaciones derivadas del presente Contrato para ambas partes.
- Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la solicitud de seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza.
- Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.
- 7.2. Valoración del Riesgo:** Antes de la suscripción del Contrato, el Tomador del Seguro tiene el deber de declarar a la Compañía, de acuerdo con el Cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que influyan en la valoración del riesgo, y que queden comprendidas en él. La Compañía 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.
- Si el siniestro sobreviene antes de la declaración de la Compañía, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias. Si el Tomador del Seguro ha obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la prestación correspondiente.
- 7.3. Agravación del Riesgo:** Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Compañía antes de la perfección del Contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro. En este caso, la Compañía podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del Contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El Tomador del Seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador del Seguro podrá la Compañía, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato, previa advertencia al Tomador, concediendo al Tomador del Seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Compañía comunicar al Tomador del Seguro la rescisión definitiva. La Compañía podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Tomador del

Seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya declarado a la Compañía la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del Seguro ha obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la prestación correspondiente.

7.4. Disminución del Riesgo. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía en el momento de la perfección del Contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el período en curso del seguro, la Compañía deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Compañía la disminución del riesgo.

7.5. Regularización y actualización de los Asegurados. Se observarán los siguientes criterios en relación a las altas y bajas de las personas aseguradas que se produzcan durante la vigencia del Contrato:

7.5.1. Pólizas nominadas en que cada persona asegurada se relaciona en el Contrato por su nombre. Se seguirán las siguientes disposiciones:

- a) El Tomador del Seguro comunicará por escrito a la Compañía la incorporación de nuevos Asegurados. Salvo pacto en contrario expresamente indicado en Condiciones Particulares, las inclusiones tomarán efecto a las cero horas del día siguiente a la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la inclusión ha de ser posterior.
- b) Las bajas de Asegurados se comunicarán por escrito a la Compañía y tomarán efecto a las cero horas de la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la exclusión ha de ser posterior.
- c) La Compañía procederá, con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares, a la emisión del correspondiente Apéndice en el que se recoja la incorporación o la baja de personas aseguradas, emitiendo el correspondiente recibo de prima o, en su caso, de extorno de prima.

7.6. Otros Contratos. El Tomador del Seguro debe comunicar a la Compañía la existencia o la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la persona o personas aseguradas por el presente Contrato y que cubra durante idéntico período de tiempo los mismos riesgos amparados por esta póliza. El incumplimiento de este deber dará lugar a que la Compañía pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

ARTICULO 8: Designación de beneficiarios

8.1. Derecho a la designación. La designación y el cambio de Beneficiarios es derecho propio y exclusivo del Asegurado, sin necesidad de consentimiento de la Compañía.

8.2. Forma de la designación. La designación de Beneficiarios podrá realizarse en la póliza, en una posterior declaración comunicada por escrito a la Compañía o por designación testamentaria.

8.3. Revocación de la designación. El Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiario en cualquier momento y en la misma forma establecida para la designación, siempre que no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

8.4. Criterios de interpretación de la designación. Cuando el Asegurado realice la designación de Beneficiario o Beneficiarios se tendrá en cuenta los siguientes criterios y normas, salvo estipulación en contrario:

- a) En caso de designación genérica de sus hijos como Beneficiarios, se entenderán como tales todos aquéllos que lo sean del Asegurado.
- b) La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- c) Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado, se considerará como Beneficiarios los que tengan dicha condición de herederos en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- d) En el caso que exista una pluralidad de herederos, la distribución de dicha prestación se efectuará, salvo pacto en contrario, en proporción a la cuota hereditaria de cada uno de aquéllos. En tal caso la parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a la de los demás.
- e) Los Beneficiarios que sean herederos del Asegurado conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.
- f) Si la designación de Beneficiarios se hace en favor de varias personas, la indemnización o prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales.

8.5. Reglas de determinación de Beneficiarios. En ausencia de designación expresa por parte del Asegurado, y salvo que se establezca en Condiciones Particulares un orden de prelación distinto, se considerará que son Beneficiarios las personas siguientes:

- a) El cónyuge e hijos del Asegurado, por partes iguales
- b) Los hijos por partes iguales, en defecto de cónyuge.
- c) Los padres del Asegurado por partes iguales, o el superviviente de ellos por la totalidad del capital garantizado, en defecto de cónyuge e hijos.
- d) En defecto de todos los anteriormente citados, los herederos legales o testamentarios del Asegurado.

ARTICULO 9: Acaecimiento del accidente. Pago de las prestaciones

9.1. Deber de aminorar las consecuencias del Accidente. El Tomador del Seguro y el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente, tendentes básicamente a que el Asegurado reciba tratamiento médico, se sigan las prescripciones facultativas y se realicen cuantas diligencias se consideren necesarias para conservar la vida y el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de este deber dará derecho a la Compañía a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa. Si este incumplimiento fuese con manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación.

9.2. Declaración del acaecimiento del Accidente. El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía, en su domicilio social o en el de cualquiera de sus representantes, el acaecimiento del accidente dentro del plazo máximo de siete días de haberse producido o de haber sido conocido por cualquiera de aquéllos.

En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios que haya sufrido como consecuencia de la falta o retraso de dicha notificación.

9.3. Declaración de las circunstancias y consecuencias del Accidente. Asimismo, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, deberán facilitar a la Compañía toda clase de información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del accidente la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de la información complementaria que la Compañía solicite. El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

9.4. Reconocimientos médicos: El Asegurado queda obligado, salvo causa justificada, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe la Compañía, si ésta lo estima necesario, a fin de completar los informes médicos solicitados o aportados, y a trasladarse al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán asumidos por la Compañía.

9.5. Pago de la indemnización: La Compañía, previa recepción de la documentación que se estipula, para cada Riesgo contratado, en las Condiciones Especiales, y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la indemnización, notificando por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde.

En cualquier caso, la Compañía deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del accidente, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

9.6. No cobertura de un siniestro: Si, tras el término de las investigaciones y peritaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía considera que tal siniestro no está amparado por las coberturas del Contrato, lo comunicará por escrito al Tomador del Seguro y al Asegurado o, en su caso, a los Beneficiarios, expresando los motivos por los cuales considera que no existe la obligación de abonar indemnización o prestación alguna.

9.7. Desacuerdo entre las partes: Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Asegurado sobre el importe y la forma de indemnización, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, para lo cual se aplicarán las siguientes normas:

- Cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiese hecho tal designación, estará obligada a realizarla en el plazo de ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiese 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, quedando vinculado por el mismo.
- Si los Peritos designados llegan a un acuerdo, se reflejará éste en un acta conjunta en la que se harán constar si las lesiones son derivadas de un accidente o de cualquier otro evento, el grado de invalidez resultante de las mismas, si procede, y las demás circunstancias que puedan influir en la determinación de la correspondiente indemnización.
 - Cuando no exista acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y en el caso de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen del tercer Perito se emitirá en el plazo que determinen ambas partes, o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación por el Perito tercero de su nombramiento.
 - Notificado a las partes el dictamen de los Peritos, será vinculante para aquellas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Compañía y de ciento ochenta días en el del Asegurado, a contar ambos plazos desde la fecha de la notificación del dictamen a cada parte. De no impugnarse judicialmente dicho dictamen por alguna de las partes en los citados plazos, el dictamen pericial devendrá inatacable.
 - Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado la Compañía deberá abonar el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias de cada caso, en el plazo de cinco días.
 - En el supuesto de que por demora de la Compañía en el pago de la indemnización devenida inatacable, se viere obligado el Asegurado a reclamarla judicialmente dicha indemnización se incrementará con un interés del 20% anual, a contar desde que la indemnización devino inatacable para la Compañía. En cualquier caso, los gastos originados al Asegurado por el proceso judicial serán a cargo de la Compañía.
 - Cada parte abonará los honorarios de su Perito. Los del tercer Perito y los demás gastos que ocasione el dictamen pericial serán de cuenta y a cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía. No obstante, si cualquiera de las partes hubiese hecho necesaria la intervención del tercer Perito por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

9.8. Lugar del pago: El pago al Asegurado o al Beneficiario, en su caso, de las indemnizaciones y prestaciones cubiertas por el seguro y derivadas de un accidente aceptado normalmente por la Compañía, serán hechos efectivos en el domicilio social de ésta o de cualquiera de sus representantes y satisfechas en la moneda pactada en póliza.

9.9. Demora en el pago: Si en el plazo de tres meses desde la producción del accidente la Compañía no hubiese abonado la indemnización garantizada para el correspondiente riesgo cubierto por la póliza, por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará según lo establecido en la legislación vigente.

ARTICULO 10: Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato

10.1. Comunicación a la Compañía. Las comunicaciones que deba efectuar el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, a la Compañía, se cursarán al domicilio social de ésta o al de su representante más cercano al domicilio de aquéllos.

10.2. Comunicación al Agente de Seguros. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario al Agente de Seguros que haya mediado en el Contrato como representante de la Compañía, surtirán los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta.

10.3. Comunicación del Corredor de Seguros. Las comunicaciones que efectúe a la Compañía un Corredor de Seguros en nombre del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, surtirán los mismos efectos que si las realizara cualquiera de éstos, salvo indicación en contrario del Tomador del Seguro.

10.4. Notificación al Tomador. Las notificaciones que efectúe la Compañía al Tomador del Seguro se cursarán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado y comunicado por el Tomador del Seguro a la Compañía de forma fehaciente. Las notificaciones que la Compañía deba efectuar, en su caso, al Asegurado o al Beneficiario, se cursarán por aquélla al domicilio que conozca de estos últimos y de no conocerlo al domicilio del Tomador del Seguro.

10.5. Forma de la comunicación: Las comunicaciones entre las partes, para que tengan eficacia contractual, deberán efectuarse por escrito y de forma fehaciente.

10.6. Cambio de domicilio: El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, deberán comunicar la Compañía, también de forma fehaciente, sus cambios de domicilio. Caso contrario, pueden derivarse para el Tomador del Seguro o para el Asegurado los correspondientes perjuicios por la falta de recepción o no recepción puntual de las comunicaciones que les sean cursadas por la Compañía.

ARTICULO 11 Otras obligaciones del Tomador

11.1 Información del contenido del Contrato: el Tomador del Seguro se obliga a informar a todos y cada uno de los Asegurados incluidos en el Contrato de seguro del contenido de las Condiciones Generales y Particulares del mismo y, en particular, de aquéllas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los Beneficiarios en su caso, responsabilizándose el Tomador del Seguro de los perjuicios que el incumplimiento de dicho deber de información puedan derivarse para los Asegurados o sus Beneficiarios.

11.2 Información a la Compañía: el Tomador del Seguro viene obligado a comunicar a la Compañía inmediatamente de haberla recibido, cualquier reclamación, emplazamiento o citación judicial que pueda recibir en relación con las coberturas del presente Contrato.

En caso de incumplimiento de dicha obligación la Compañía podrá reclamar del Tomador del Seguro los daños y perjuicios que se le han causado por la falta de dicha comunicación o por cursar ésta fuera de tiempo hábil.

11.3. Resolución del Contrato: el Tomador del Seguro se obliga en caso de resolución de esta póliza, por alguna causa legal o contractual, a comunicar a cada uno de los Asegurados que dicho Contrato ha quedado sin efectos.

ARTICULO 12: Prescripción de las acciones derivadas del Contrato

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

ARTICULO 13: Jurisdicción Competente (Artículo 24 de la Ley 50/1980)

Será juez competente para las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

ARTICULO 14: Normas de protección de datos de carácter personal

Los datos de carácter personal de los Asegurados son imprescindibles para valorar el riesgo, emitir la Póliza y para la perfección, ejecución y cumplimiento del presente Contrato de Seguro.

El Tomador comunicará a los Asegurados que sus datos de carácter personal serán aportados, con la finalidad indicada en el párrafo anterior, a Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros que tiene su domicilio social en Calle Orense número 2 (28020 Madrid), ante quien podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros se obliga a conservar y tratar los datos personales cumpliendo las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y las medidas de seguridad que asimismo establece el Real Decreto 994/1999 de Junio. En particular, Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros garantiza:

1. Que los datos aportados por el Tomador, serán tratados de conformidad con las cláusulas contenidas en este Contrato de Seguro y las normas establecidas en la Ley de Contrato de Seguro y demás normativa reguladora de los seguros privados.
2. Que no aplicará ni utilizará los datos recibidos u obtenidos con fines distintos a los establecidos en el presente contrato y en la legislación reguladora de los seguros privados.
3. Que no comunicará a terceros dichos datos salvo por razones de coaseguro, reaseguro o cuando la cesión de los datos esté amparada en una Ley.
4. Que cancelará, después de la terminación del contrato, todos los datos que le han sido facilitados para su perfección y ejecución, salvo que fueran necesarios para el cumplimiento de las obligaciones nacidas del propio Contrato de Seguro o impuestas por la ley.
5. Que mantendrá en estricta confidencialidad toda la información recibida y/o generada por ella misma en la ejecución del Contrato de Seguro.
6. Que implementará las medidas de índole técnica y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, dando cumplimiento a las normas establecidas en el Real Decreto 994/1999, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

EL TOMADOR

POR LA COMPAÑÍA



SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES ESPECIALES

ARTICULO 1: Perfección de la Condición de asegurado.

Las Licencias federativas y/o los documentos análogos expedidos por las Comunidades Autónomas comportan la condición de asegurados a favor del titular de dichos documentos, siempre que tal condición sea acordada por el Órgano competente de la correspondiente Federación o Entidad mediante la firma de la póliza o convenio correspondiente, comprometiéndose, además, a afiliar la totalidad de las licencias emitidas durante el período de vigencia de la póliza o convenio.

El asegurador podrá establecer límites de edad a la afiliación.

ARTICULO 2: Documentación e información

La documentación a facilitar a las Federaciones Deportivas, consistirá en las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares, que deberán atenerse a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Regulación del Contrato de Seguro). Por lo tanto, la póliza será la documentación que acredite a las Federaciones como tomadores del seguro.

El sistema pactado en el presente contrato para la identificación y control del grupo asegurado será mediante relación de asegurados facilitada por el Tomador del Seguro. Por tanto no será necesaria la cumplimentación individual de solicitudes de adhesión al seguro. En consecuencia, se conviene que la compañía asegurado no estará obligada a emitir certificados individuales de cobertura.

El Tomador del Seguro queda obligado a facilitar al Asegurador relación actualizada de asegurados/federados en la fecha de efecto de la póliza.

Asimismo, se compromete al envío con periodicidad semanal del fichero actualizado de asegurados en vigor. Este fichero debe contener al menos la siguiente información:

- DNI
- Nombre y apellidos
- Categoría,
- Número de póliza
- Número de licencia federativa
- Domicilio, población y código postal.

Para el caso de los asegurados las licencias federativas y los documentos análogos son los documentos que acreditan al deportista, técnico o directivo como asegurado una vez cumplido el trámite de afiliación.

Las Licencias federativas o documentos análogos de carácter individual, establecerán una vigencia de hasta 12 meses a partir de los 5 días de carencia siguientes a la fecha de alta, salvo que estas licencias federativas o documentos análogos tengan una vigencia inferior o sean anulados por la Federación o el organismo que la expidió, debiendo hacerse constar en ellos dentro de su formato impreso, el número de NIF, la calidad de asegurado, la prima abonada y un extracto del régimen de prestaciones a las que tiene derecho el titular.

ARTICULO 3: Fechas de Alta y Baja del Beneficiario en el Seguro.

Con independencia de la fecha de entrada en vigor y vencimiento de la póliza, que se refleja en las Condiciones Particulares de la misma, **el asegurado tendrá derecho a las prestaciones desde la fecha de alta considerada por el Asegurador y por un período igual al de vigencia de su licencia federativa siempre que esté dentro de la anualidad del contrato y excepto cuando la póliza sea rescindida por el tomador del seguro, en cuyo caso el seguro quedará sin efecto desde el mismo momento en que la Entidad comuniqué su decisión de rescindir o anular la póliza.**

El Asegurador considerará como fecha de alta del asegurado, la misma propuesta por el tomador del seguro, siempre que se cumplan las condiciones de adhesión establecidas.

PRESTACIONES

ARTICULO 4: Prestaciones.

El Contrato cubre la contingencia de accidente que produzca:

- Asistencia sanitaria.
- Compensaciones económicas por pérdidas anatómicas o funcionales.
- Auxilio al fallecimiento.

En lo términos establecidos en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 5: Carencias.

Para los asegurados que causen alta en la póliza, se establece un período de carencia de 5 días, a contar desde la fecha de alta en el seguro, dentro del cual los asegurados no tendrán derecho a los beneficios de las prestaciones otorgadas por este contrato.

Para nuevas altas, se establece un período de carencia de 6 meses para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas especiales (Tac's, Gammagrafías, Resonancias Magnéticas Nucleares,...).

Estos períodos de carencia no se aplicarán en los casos de asistencia médica por urgencia vital, así como en los casos en los que, por la gravedad de las lesiones, sea precisa la hospitalización inmediata en el Centro Médico, una vez valorado por el Servicio Médico de urgencias.

ARTICULO 6: Comunicación del Siniestro.

Se procederá de la forma establecida en el documento " Tramitación de siniestros" que figura como anexo a esta póliza.

ARTICULO 7: Delimitación del Ámbito de la Prestación.

La prestación de asistencia sanitaria cubre el accidente deportivo de los asegurados. **Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevinida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.**

Las antedichas circunstancias que deben darse al ocurrir el accidente deportivo, para ser considerado como tal, son las siguientes:

- 1) Durante la celebración de una competición o actividad deportiva debidamente organizada o dirigida por los organismos deportivos correspondientes y realizados en circuito, estadio, pistas, instalación deportiva, terreno o medio físico necesario y adecuado debidamente definido y autorizado por las correspondientes autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.
- 2) Durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar señaladas en el párrafo anterior y en presencia y bajo la dirección de entrenadores, preparadores o personal técnico cualificado de federación, club u organismo deportivo.
- 3) En los actos de salvamento realizados por los miembros de la Federación Española de Salvamento y Socorrismo, de los Grupos de Socorro de la Federación Española de Montañismo y de aquellos otros efectuados por especialistas de otras Federaciones en posesión de licencia o título vigente. En estos últimos deberán haber sido requeridos sus servicios por directivos deportivos o por la autoridad competente.
- 4) Durante los desplazamientos previamente programados organizados colectivamente o en equipo, dirigidos por el personal directivo del Organismo competente, y utilizando medios públicos regulares de transporte y con motivo de una actividad deportiva debidamente autorizada, esta cobertura tendrá carácter subsidiario.

Igualmente, se cubrirán los accidentes que sufran los deportistas que, con motivo de actividad deportiva autorizada, se desplacen individualmente utilizando medios públicos regulares de transporte; o los directivos federativos que realicen viajes, en comisión de servicios, en vehículos privados, siempre que medie autorización expresa de su Federación.

Asimismo, los árbitros, jueces, cronometradores y técnicos en sus desplazamientos, cualquiera que sea el medio de transporte que utilicen, en las condiciones siguientes:

- a) Que el desplazamiento se efectúe a, o desde, el lugar de la actividad deportiva hasta su localidad de residencia habitual.
- b) Que el desplazamiento esté motivado precisamente en razón al cargo técnico deportivo del afiliado, para en función a dicho cargo actuar en actividad deportiva debidamente programada.
- c) Que figure como asegurado en vigor en la fecha del accidente con su condición de técnico (árbitro, juez, cronometrador, preparador, entrenador).

ARTICULO 8: Accidentes Excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del contrato los siguientes riesgos:

- 1) *Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas. Se entiende por preexistentes aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el asegurado contratado. Se excluyen expresamente aquellas enfermedades que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.*
- 2) *Las lesiones corporales derivadas de un accidente cubierto por la póliza que no se hubiera manifestado ni estuviera acreditado dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.*
- 3) *Las consecuencias que sufra el Asegurado a causa de enfermedades, afecciones y estados morbosos, así como de operaciones quirúrgicas y de tratamientos médicos o terapéuticos, con independencia de su naturaleza. Asimismo, quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurisma, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado.*
- 4) *Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.*
- 5) *Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado de la póliza, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones y aquéllos que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.*
- 6) *Los accidentes provocados por los Beneficiarios. Los no intervinientes conservarán íntegro su derecho a la totalidad del capital asegurado.*
- 7) *Los accidentes sobrevenidos en actos dolosos, criminales o notoriamente peligrosos cometidos por el Asegurado, salvo que los realice en su legítima defensa o para salvamento propio o de otras personas.*
- 8) *Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, de embriaguez, bajo los efectos de drogas y estupefacientes, sonambulismos, perturbación mental y los debidos a negligencia grave del Asegurado. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando en el grado de alcohol en la sangre se detecte cualquier nivel de embriaguez positivo de acuerdo con lo establecido por la legislación vigente, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esa causa.*
- 9) *Las consecuencias de cualquier naturaleza derivadas de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radioactiva, sea cual fuere su origen.*
- 10) *Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción. Así como los accidentes producidos con motivo de desplazamientos conduciendo vehículo privado.*
- 11) *Los accidentes acaecidos con ocasión de actos de guerra, conflictos armados, revolución, sedición, terrorismo, fuerza militar, motín o tumulto popular y otras alteraciones del orden público y social, así como los debidos a erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, huracanes, trombas e inundaciones, con independencia de la cobertura que, a través de este Contrato, deba asumir el Consorcio de Compensación de Seguros.*
- 12) *Las consecuencias de los actos médicos o quirúrgicos, a los cuales se someta voluntariamente el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tales como los tratamientos de tipo puramente estético.*
- 13) *Las enfermedades y secuelas neurológicas que no estén comprobadas diagnósticamente y que sean como consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.*
- 14) *Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.*
- 15) *La utilización de helicópteros y aviones de un solo motor, tanto si son de uso particular como destinados al transporte público, salvo cuando dicha utilización esté motivada por el traslado urgente del Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente graves.*
- 16) *Los accidentes sufridos como consecuencia de viajes aéreos ocurridos al Asegurado cuando viaje:*
 - *Aeronaves de propiedad particular*
 - *En calidad de miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronaves*
 - *Aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros*
- 17) *La participación en lidias o tentaderos y encierros de reses bravas.*
- 18) *Los accidentes que no cumplan las condiciones establecidas en el artículo 7 "Delimitación del ámbito de la*



prestación" o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.

- 19) *Los producidos por derivación de una enfermedad, anomalía orgánica previa al accidentes, incompatible o no con la práctica de su deporte.*
- 20) *Los que sean consecuencia de la imprudencia o negligencia por inobservancia de las Leyes, Ordenanzas y Reglamentos Deportivos.*
- 21) *Los que se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte salvo que las mismas estén bajo patrocinio directo e intervención económica de las Federaciones.*
- 22) *Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte se accidente tramitado. No obstante, podrá ser atendido de dichas recaídas, dentro de los cinco años siguientes al accidente deportivo cubierto por esta póliza y el lesionado sigue manteniendo su condición de asegurado.*
- 23) *Cuando en el transcurso del tratamiento médico, el diagnóstico inicial que dio origen a la prestación médico asistencia, sea modificado sustancialmente, siendo necesarias pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte, para valorar de nuevo la etiología de la dolencia.*
- 24) *Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.*
- 25) *Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte sino con actividades profesionales paralelas.*
- 26) *Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.*
- 27) *Cualquier tipo de rehabilitación excepto las contenidas dentro de la garantía de Asistencia Médico-Quirúrgica y Sanatorial (artículo 12.3)*

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

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

ARTICULO 9 Forma de la Prestación.

Los deportistas accidentados en las circunstancias de inclusión que se especifican en la condición 7ª deberán ser atendidos en primera cura "in situ" por los medios asistenciales médicos que los directivos u organizadores de competición o actividad deportiva estén obligados a tener a su cargo y responsabilidad en los lugares de desarrollo de las mismas y en segundas y posteriores curas, si así lo precisara el lesionado, por los servicios médicos concertados.

ARTICULO 10: Derecho de Reembolso

En el supuesto que un deportista accidentado, en cuyo accidente concurren las circunstancias de exclusión, fuera atendido por los servicios médicos concertados de la compañía aseguradora, ésta cargará los gastos producidos, tan pronto como se detecten las irregularidades al lesionado.

ARTICULO 11: Requisitos de la Prestación

Para que el deportista accidentado pueda ser atendido por los servicios médicos del Asegurador, es necesario que éste presente el Comunicado de Accidente Deportivo cumplimentado en su totalidad, responsabilizándose de los gastos a que hubiera lugar, caso de no tener derecho a su asistencia con cargo a este seguro.

COBERTURAS ASEGURADAS

ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y SANATORIAL

ARTICULO 12: Contenido de la Prestación

La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende los siguientes servicios, en la forma, plazo y condiciones que se especifican en las presentes Condiciones Especiales:

- 1) **El primer traslado y evacuación del lesionado a los centros o clínicas concertados**, por medio de ambulancia u otro medio similar, con las siguientes condiciones:
 - a) **Que se trate de una lesión grave y urgente que no pueda ser atendida por los medios de la organización de la prueba o entrenamiento.**
 - b) **Que el lesionado quede hospitalizado.**
- 2) **Las segundas y posteriores curas, así como los tratamientos médico-quirúrgicos, las intervenciones quirúrgicas, los medios de diagnóstico, la Resonancia Magnética, la radiología, las prótesis, el material de osteosíntesis, la hospitalización en centros concertados y previa autorización de la Compañía Aseguradora.**
- 3) **La rehabilitación en lesiones óseas y músculo tendinosas, hasta su recuperación funcional.**
- 4) **El material ortésico, tal y como disponen las condiciones 14 y 15.**

ARTICULO 13: Forma de la Prestación

La asistencia prevista en la condición anterior se prestará por los Facultativos, Centros y Clínicas que la Compañía Aseguradora tenga incluidos en sus cuadros de asistencia, que deberán ser utilizados obligatoriamente por aquellos deportistas lesionados que deseen recibir estas prestaciones.

No obstante lo anterior, si el asegurado es llevado a otros servicios asistenciales, no concertados, por motivos de gravedad y urgencia, precisando hospitalización, **el Asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la misma, siempre y cuando no exista ningún Centro Concertado por el Asegurador a los que poder acudir y la prestación se realice dentro de las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente. En caso de existir Centro Concertado, o no se comunique el ingreso en el centro ajeno al Asegurador, o no se cumplimente el impreso antes indicado, ésta no se hará cargo de ninguna factura del centro no concertado, incluyendo los de la Seguridad Social.**

En todo caso y una vez pasada la urgencia y gravedad, y siempre que el estado del paciente lo permita, éste debe ser trasladado a los servicios concertados, previa autorización médica y con comunicación a Generali, directamente o a través del mediador.

Los gastos producidos en servicios no concertados de Generali, por lesiones leves y no urgentes o por internamientos en Centros no concertados, cuando existan centros concertados, o no se haya hecho la preceptiva comunicación a la misma, serán reclamados por Generali a los interesados, encontrándose los asegurados, obligados a abonar la totalidad de los gastos de hospitalización o cualquier otro a que hubieran podido dar lugar.

Cuando un asegurado inicie el tratamiento de su lesión en un Centro Concertado, para cambiar a otro Centro Concertado, será imprescindible la autorización expresa del Asegurador.

ARTICULO 14: Gastos asumidos por el Asegurador.

Los gastos producidos por prótesis u osteosíntesis derivada de una intervención quirúrgica realizada en los Servicios Concertados del Asegurador, correrán a cargo de ésta en su totalidad.

Generali facilitará gratuitamente el 70% del tratamiento ortésico prescrito por sus Servicios Médicos.

ARTICULO 15: Gastos no incluidos en la Prestación.

No serán satisfechos por Generali los gastos producidos por:

- 1) Todo el material prescrito en servicios ajenos a Generali.
- 2) El material ortésico prescrito para prevención de accidentes.
- 3) El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cayos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
- 4) Los gastos derivados de la rehabilitación, en los siguientes casos:
 - Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
 - Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza. Los masajes relajantes y antiestrés.
 - Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
 - Los gastos por enfermedades crónicas músculo tendinosas, reumáticas y degenerativas.
 - La potenciación muscular.
 - Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio y en piscina.
- 5) Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descartes.
- 6) Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
- 7) Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
- 8) Los gastos de farmacia ambulatoria.
- 9) Los gastos de odonto-estomatología. No obstante, el Asegurador siempre y cuando derivado de un accidente deportivo se produjese una pérdida total o parcial de piezas dentarias que precisen restauración y a la vista del comunicado de accidente y diagnóstico recogido en éste impreso, autorizará previa petición del lesionado, la visita al odontólogo o maxilofacial y podrá conceder una ayuda única y graciable que no podrá exceder de la cantidad especificada en el Anexo 1. Para realizar este pago será imprescindible presentar el original de la factura con el sello de pagado o recibí.
- 10) Traslados salvo los contemplados en la condición 12 1ª.

ARTICULO 16: Límite de la Cobertura.

Los servicios de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial, incluida la rehabilitación, los prestará el Asegurador durante un plazo máximo de 18 meses por Comunicado de Accidente y lesión declarada en el mismo, por el servicio médico-asistencial, siempre y cuando el lesionado durante este período de tiempo esté al corriente del pago de las primas del seguro y la póliza se encuentre en vigor.

ARTICULO 17: Alta y Baja Deportiva.

Cuando un deportista tenga abierto un expediente por lesión causará inmediatamente baja deportiva, no pudiendo incorporarse a su deporte y presentar nuevo expediente por lesión hasta que el facultativo le dé el alta deportiva y sea conocido por Generali.

COMPENSACIÓN ECONOMICA POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES

ARTICULO 18: Contenido de la Prestación.

La prestación de compensación económica por pérdidas anatómicas o funcionales se concede al deportista accidentado que, después de prestados los servicios y beneficios que detalla el artículo 12ª al ser dado de alta definitiva le quedara, como consecuencia del accidente, una pérdida anatómica (mutilación o amputación) o funcional de algún miembro, de una manera permanente e irreversible. Esta prestación tendrá lugar, previa solicitud, con arreglo al baremo que señala el Anexo 1 de estas Condiciones Especiales y aportación del Certificado Médico Oficial donde se especifiquen las secuelas fijas e

irreversibles del lesionado.

La compensación económica fijada con arreglo a la pérdida sufrida no tendrá en cuenta, y será independiente del oficio o profesión del lesionado y de la actividad deportiva que practique. El Asegurador no tendrá en cuenta la valoración efectuada por otros Tribunales Médicos.

ARTICULO 19: Derecho de Deducción.

Si una vez abonada al accidentado la compensación económica correspondiente, sobreviniera la muerte dentro del año de la fecha del accidente y como consecuencia del mismo, el Asegurador considerará el pago realizado como un anticipo del importe de la compensación económica por fallecimiento, deduciendo de ésta la cantidad abonada y pagando el resto, si existiera.

AUXILIO AL FALLECIMIENTO

ARTICULO 20: Derecho a la Prestación

La prestación de auxilio al fallecimiento concede a los beneficiarios, en caso de fallecimiento del deportista, un auxilio o compensación económica cuya cuantía y condiciones se fijan en el Anexo 1 de estas Condiciones Generales.

Cuando el fallecido no cuente con familiares, no convivan con el mismo o estén ausentes en el extranjero, o cualquier otra circunstancia similar, el Asegurador cubrirá los gastos de sepelio, con el límite fijado en Anexo 1. La diferencia entre dichos gastos y la compensación económica, si la hubiese, será puesta a disposición del familiar ausente, durante un plazo máximo de cinco años.

Esta compensación económica se concede a modo de compensación de gastos en los que pudieran haber incurrido los familiares del deportista fallecido o un tercero como consecuencia del accidente, tales como rescate, traslados de cadáver, sepelio, etc.

ACCIDENTES OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

ARTICULO 21: Ámbito de Actuación de Generali en el Extranjero

Generali cubre los accidentes deportivos que sufran los asegurados componentes de un equipo o, en desplazamientos individuales, con ocasión de actividades deportivas debidamente autorizadas por los Organismos competentes.

En este caso, las prestaciones aseguradas tendrán una limitación de los gastos médico-quirúrgicos y sanatoriales a 6.010 €.

ARTICULO 22: Requisitos de las Coberturas en el Extranjero

Para que el Asegurador reconozca la prestación que se señala en el artículo anterior, será requisito imprescindible que los Organismos competentes que realicen la afiliación de sus deportistas, comuniquen al menos con siete días de antelación, la autorización de participación y salida de los deportistas para actuar en el extranjero, indicando apellidos y nombre, número del NIF, número de licencia federativa, días de duración del viaje y detalle del recorrido a realizar, así como la denominación y clase de prueba o actividad deportiva en la que participen y lugar o lugares de su celebración. Deberá expresarse, asimismo, el nombre del Jefe de la expedición o federativo encargado de la misma.

Las Federaciones deberán tener en cuenta para solicitar la salida al extranjero:

- a) Que existan razones deportivas suficientes justificadas.



- b) Que conste que el deportista o deportistas relacionados tienen la capacidad técnica, grado de entrenamiento, material idóneo y responsabilidad necesaria para cubrir sus actuaciones.
- c) En los casos de participación en cursillos de aprendizaje o perfeccionamiento, que la Organización extranjera reúna las condiciones de organización y garantía de seguridad convenientes y que los profesores o jefes de expedición española tienen las cualificaciones técnicas y responsabilidad reconocidas.
- d) Que la salida al extranjero para su participación en la actividad deportiva solicitada esté debidamente autorizada por el Consejo Superior de Deportes.
- e) En los casos en los que se haya solicitado la salida al extranjero solamente para la práctica del deporte en sí y por cuenta del propio deportista, Generali sólo se hará responsable de facilitar sus prestaciones si el accidente deportivo se produce en las condiciones reglamentadas, no siendo imputable al asegurador ninguna otra responsabilidad.

ARTICULO 23: Forma de la Prestación

El Jefe de la expedición realizará las gestiones con la autoridad extranjera para la inmediata asistencia del accidentado, comunicando el accidente al Mediador o en su caso al Asegurador, lo antes posible y, en cualquier caso, dentro de los siete días siguientes a haberse producido. Los expedicionarios procederán al abono de los gastos incurridos por la atención de los lesionados, siendo posteriormente compensados a su llegada a España, **siempre que dichos gastos sean debidamente justificados y se hubieran producido reglamentariamente.**

Los jefes de expedición, a su llegada a España, deberán dar cuenta al Presidente de la Federación correspondiente, de los detalles del accidente o accidentes ocurridos concretando las circunstancias de los mismos, a fin de que la Federación comunique al Asegurador, lo más rápidamente posible, dichos detalles.

Generali podrá establecer restricciones en la cobertura de salida al extranjero, pudiendo exigir el pago de una cuota o prima especial para esta cobertura, **así como limitar la cuantía de las prestaciones que corresponden a los asegurados relacionados.**

En estos casos, **al Organismo solicitante le corresponde la responsabilidad de informar a dichos expedicionarios** de las posibles limitaciones en la cuantía de las coberturas por si estiman de interés complementarlas en seguros privados, y serán responsables, subsidiarios, del abono de las cuotas fijadas.

ARTICULO 24: Aseguramiento Individual de la Salida al Extranjero .

Los desplazamientos individuales al extranjero, especialmente de los deportistas profesionales, serán objeto de estudio y mutuo acuerdo entre la respectiva Federación y Generali.

El Asegurador se reserva el derecho de no dar cobertura, de aplicar sobreprimas especiales, o limitación de la cobertura del riesgo en aquellos casos en que, por circunstancias excepcionales de riesgo (duración, distancias, condiciones económicas del país extranjero, profesionalismo, etc.), así lo hiciera necesario.

ANEXO 1.- CUADRO DE CUANTÍAS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES.

I.- ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, FARMACÉUTICA Y SANATORIAL (ART. 12 a 17)

A) Sin limitación de Gastos

A excepción de lo dispuesto en el artículo 12, sobre tratamientos ortésicos y de los accidentes ocurridos en el extranjero, cuando el asegurado tenga derecho a la atención por Generali, que se fija en 6.010 € (SEIS MIL DIEZ EUROS)
A excepción de los gastos de Odonto-estomatología, la prestación que no podrá exceder de la cantidad de 600 € (SEISCIENTOS EUROS) por accidente y lesionado.

B) Límite Temporal de dieciocho meses, con las condiciones establecidas en el artículo 16.

II.- COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES (ART. 18 y 19)

Se cubrirán las secuelas consecuencia de:

II. 1. TABLA la TRAUMATISMOS CRANEO — ENCEFALICOS

Secuelas por Grandes Síndromes Neurológicos post — traumáticos.	
Alteraciones Psicopatológicas (Trastorno de la personalidad o Psíquico), que provoquen enajenación mental incurable y absoluta. Consideración de Gran Invalidez	6.000 €
Estados Crónicos Vegetativos	6.000 €
Alteraciones Neurológicas Físicas. Se valoran de acuerdo con las condiciones establecidas en las tablas correspondientes (1)	
Síndrome Funcional Post — Traumático <i>(Crisis convulsivas, Cuadro de vértigos, Alteraciones Psicológicas, Marcha Inestable, Trastornos de Memoria que no respondan al tratamiento y supongan limitaciones para las actividades de la vida diaria)</i>	600 €
Pérdida de Sustancia Ósea Paredes Craneanas <i>(Con o sin pérdidas funcionales)</i>	600 €
<i>(1).- Si existiera más de una lesión, la suma de las cantidades asignadas no debe superar la cantidad establecida como límite de3.606 €</i>	

II. 2. TABLA 2ª SECUELAS OFTALMOLÓGICAS

Lesiones Bilaterales	
Ceguera cortical con mácula inactiva y pupilas reactivas	4.800 €
Ceguera con desviación ocular	5.600 €
Pérdida de ambos globos oculares con deformación orbitaria	5.600 €
Lesión Monocular	
Ceguera origen cortical (mácula intacta y pupilas reactivas)	1.500 €
Ceguera por traumatismo ocular directo:	
- Con pérdida de globo ocular	1.800 €
- Con pérdida de agudeza visual (visión menor de 1/10)	1.200 €
Menoscabo Visual	
- Pérdida de campo visual (por debajo de 60° en el campo temporal y de 35° en el nasal - Por parálisis de uno o varios músculos de un ojo	300 €
- Por lesión en anexos (párpados, epifora ...)	150 €

II. 3. TABLA 3ª SECUELAS OTOLÓGICAS

Lesiones bilaterales	
Sordera completa ambos oídos	800 €
Lesión unilateral	
Sordera completa	225 €
Síntomas otológicos	
Permanencia crónica de uno o varios de los síntomas siguientes: - Acufenos, vértigo, parálisis facial	150 €
- Pérdida de pabellón auricular (Con independencia de la pérdida de función)	150 €

II. 4. TABLA 4ª MIEMBROS SUPERIORES — HOMBRO

	Dominante	NO Dominante
Amputación bazo a nivel del hombro (<i>A nivel de cuello humeral</i>)	1.950 €	1.875 €
Amputación Bilateral	5.625 €	
Amputación brazo a otros niveles	1.250 €	1.050 €
Amputación Bilateral	2.500 €	
Anquilosis Completa (Con fijación del omóplato)	940 €	750 €
Rigidez Hombro que permite movimientos de cualquier amplitud	150 €	

II. 5. TABLA 5ª MIEMBROS SUPERIORES — CODO

	Dominante	NO Dominante
Amputación proximal antebrazo (<i>Respetando articulación del codo</i>)	1.100 €	940 €
Amputación Bilateral	2.500 €	
Anquilosis Completa — Codo en Flexión	480 €	420 €
Rigidez Codo que permite Arcos de Movimiento - Permite flexión de 90°. Extensión Completa	210 €	190 €
- Flexión entre 30° y 160°. Extensión incompleta	300 €	240 €

II. 6. Tabla 6ª MIEMBROS SUPERIORES MANO-MUÑECA

	Dominante	NO Dominante
Amputación Completa (<i>Todos los metacarpianos</i>)	940 €	870 €
Amputación Incompleta	600 €	540 €
Amputación Bilateral	2.400 €	
Anquilosis Completa de Muñeca:		
- En flexión y supinación. Dedos anquilosados	420 €	360 €
- En extensión y pronación completa	300 €	240 €

MANO-DEDOS

	Dominante	NO Dominante
Amputación de todos los dedos (<i>A nivel de falange proximal</i>)	930 €	750 €
Amputación de uno o más dedos. <i>Falange proximal conservando dedo Pulgar. Cada dedo:</i>		
	100 €	90 €
Amputación del dedo Pulgar. <i>Falange distal</i>	90 €	60 €
Amputación del dedo Pulgar. <i>Dos falanges</i>	150 €	100 €
Amputación de un dedo. <i>Distinto al Pulgar, una o varias falanges</i>	60 €	60 €

Anquilosis Completas <i>(Anquilosis óseas, comprobadas por radiografía que no permitan movimiento útil después de tentativas suficientes de movilización)</i> - Dedo Pulgar en su articulación Carpo/Metacarpiana	120 €	120 €
- Cada dedo distinto del Pulgar	30 €	30 €

II. 7. Tabla 7ª CADERA

	Dominante	NO Dominante
Anquilosis:		
- Anquilosis completa de Cadera en posición Favorable(Ligera flexión y abducción)	300 €	240 €
-Angulo desfavorable (totalmente recta en flexión, en abducción y en rotación)	450 €	390 €
Rigideces:		
- Limitación de movimientos en ángulo favorable (Entre la vertical y 45°)	180 €	150 €
- Limitación de movimientos en ángulo desfavorable	240 €	240 €

II. 8. Tabla 8 MIEMBROS INFERIORES — RODILLA

	Dominante	NO Dominante
Amputaciones:		
- Ablación de la Rótula con atrofia de Cuadriceps	150 €	120 €
- Amputación miembro por encima de la rodilla	1.202 €	1.100 €
Anquilosis:		
- Entre 135° y 180° (Posición favorable)	300 €	240 €
- En flexión entre 135° y 30° (Posición desfavorable)	450 €	420 €
Rigideces:		
- Permite flexión normal entre 180° y 90° (*)	100 €	90 €
- Existe rigidez entre 180° y 90°	200 €	150 €
(*) En decúbito prono (piernas extendidas) —180°		

II. 9. Tabla 9 MIEMBROS INFERIORES — PIE

	Dominante	NO Dominante
Amputaciones:		
Amputación Medio — Tarsiana (Todos los dedos del pie)	540 €	480 €
Amputación total del Pie (A cualquier altura por debajo de la rodilla)	940 €	840 €
Anquilosis total de Pie. Artrodesis	180 €	120 €
Rigidez Articular. Limitación de más del 50% de movilidad	60 €	60 €

II. 10. Tabla 10 AMPUTACIONES DE VARIOS MIEMBROS

Combinaciones: Pérdida completa (a nivel de la articulación proximal), de un miembro superior y de otro inferior del mismo lado.	4.207 €
Pérdida a nivel de articulación distal, de un miembro y de cualquier articulación del otro miembro lesionado.	3.606 €
De los dos miembros inferiores:	
- A nivel subtrocantereo	4.808 €
- Pérdida de ambos pies	2.404 €
Amputación de los dos miembros superiores:	
- A nivel articulación de los hombros	6.010 €
- De ambas manos	3.005 €

II. 11. Tabla 11 LESIONES NERVIOSAS EXTREMIDADES

1. PARÁLISIS COMPLETAS. MONOPLEJIAS, PARAPLEJÍAS, HEMIPLEJIAS

	Dominante	NO Dominante
Monoplejia de un miembro superior	1.875 €	1.650 €
Parálisis definitiva ambas extremidades superiores	4.500 €	
Monoplejia de un miembro inferior	1.550 €	1.400 €
Parálisis definitiva ambos miembros inferiores	3.750 €	
Hemiplejia	3.000 €	

2. PARÁLISIS INCOMPLETAS. PARESIAS (Se valorarán según grado de funcionalidad empleando la escala de potencia muscular)

	Dominante	NO Dominante
Monoparesia miembros superiores e inferiores - Leve (limitación 4/5) - Moderada (Limitación 3/5) - Grave (Limitación 2/5)	120 € 480 € 625 €	120 € 300 € 540 €
Hemiparesia. Paraparesia (Sumar grado de afectación en cada miembro afectado según tabla)		

II. 12. Tabla 12 LESIONES DE ORGANOS INTERNOS

Extirpación del Bazo	360 €
Extirpación de un Riñón	450 €
Pérdida de un Testículo, conservando función	180 €
Pérdida ambos Testículos	360 €
Extirpación Páncreas	360 €
Lobulectomía pulmonar	180 €
Eseresis pulmonar	500 €

II. 13. Tabla 13 TRAUMATISMOS VERTEBRALES. LESIONES NEUROLÓGICAS LESIONES MEDULARES

COMPLETAS.

Tetraplejia completa (Por encima de C4) <i>Tetraplejia completa. Ninguna motricidad. Parálisis músculos respiratorios —Diafragma — (sometido a respirador automático)</i>	20.000 €
Lesiones Cervicales y Torácicas Proximales. <i>Problemas respiratorios (No sometidos a respirador). Cintura escapular conservada. Alteraciones esfinterianas. Necesidad de sillón eléctrico</i>	16.800 €
Lesiones Cervicales y Torácicas. <i>Pueden usar sus dos miembros superiores mantiene prehensión. Equilibrio de tronco sedestación posible. Sillón de parapléjicos. Pérdida total de control de esfínteres</i>	15.000 €
Lesiones Torácicas Distantes. <i>Sedestación posible y buena. Con aparatos es posible la bipedestación. Desplazamientos en silla de ruedas. Pérdida total de control de esfínteres</i>	9.000 €
Lesiones Torácicas Distantes y Lumbares. <i>La marcha es posible con aparatos pero siempre teniendo el recurso de la silla de ruedas. Pérdida total del control de esfínteres</i>	6.500 €
Síndrome Brown—Sequard. (Hemiseción Medular) <i>(Parálisis motora Ipsolateral y pérdida sensibilidad contralateral)</i>	3.000 €

Las secuelas de lesiones medulares no comprendidas en la tabla, se valorarán según los siguientes conceptos:

Alteraciones respiratorias (con disminución de la capacidad vital más de un 30%)	300 €
Alteraciones Esfínteres	300 €
Alteraciones Motoras (Ver Tabla n° 11. Paresias)	
Fracturas de la Columna Vertebral. Sin lesión medular con desviación extensa y permanente de Cabeza y Tronco	600 €
Fracturas de la Columna Vertebral, sin lesión medular, tratadas mediante artrodesis	300 €

En el caso de sufrir varias pérdidas o mutilaciones de miembros causadas por el mismo accidente, se calculará la compensación económica total sumando los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que dicha compensación económica total pueda exceder de la cantidad de 3.600 €.

Si antes del accidente el deportista presentaba mutilaciones o defectos funcionales, se tendrán éstos en cuenta cuando se trate de valorar los que se produzcan en el accidente y que puedan afectar a los ya existentes a efectos de determinar una compensación económica menor que la que le hubiese correspondido de no existir las mutilaciones primeras.

II.14. DEFINICIÓN DE SECUELA

Generali considera como secuela a todo proceso patológico derivado del accidente deportivo que no sea susceptible de ser resuelto por un tratamiento médico. Por tanto, deben considerarse como secuelas las lesiones residuales irreversibles y definitivas.

II.15. OBJETO DE LA COMPENSACIÓN ECONOMICA

Las cuantías económicas consideradas en estas normas, tienen carácter reglamentario y son ofrecidas a los asegurados como compensación por los primeros gastos no sanitarios, o sanitarios extra-hospitalarios que puedan haberse originado a consecuencia de las secuelas anatómicas o funcionales derivadas del accidente deportivo.

II.16. CONDICIONES PARA EL RECONOCIMIENTO A LA COMPENSACIÓN ECONOMICA

Las secuelas que se compensarán económicamente serán, exclusivamente, aquellas que se citan en las condiciones de la póliza.

II.17. CONDICIONES SOBRE LA RESOLUCIÓN DE ABONO

La compensación económica podrá ser abonada desde el momento en que las secuelas sean consideradas como definitivas e irreversibles y siempre que el asegurado las solicite por los sistemas establecidos.

Una vez certificada la secuela como irreversible y definitiva, quedan excluidos como prestación, expresamente, los tratamientos sintomáticos o mejorativos no destinados a la curación definitiva.

II.18. FORMA DE PAGO DE LAS COMPENSACIONES ECONÓMICAS

1. Las compensaciones económicas inferiores a 5.000 €, serán abonadas tan pronto se de por cerrado el expediente de solicitud y sea autorizado por Generali.

2. Las cantidades entre 5.000 € y 9.000 €, se abonarán en las siguientes condiciones:

– La cantidad de 2.000 €, tan pronto se dé por cerrado el expediente de solicitud y sea autorizado por Generali; la cantidad restante en los siguientes CINCO años, de forma trimestral hasta la amortización de la cantidad asignada.

3. Las cantidades entre 9.000 y 19.000 €, se abonarán en las siguientes condiciones:

– La cantidad de 3.000 €, tan pronto se dé por cerrado el expediente de solicitud y sea autorizado por Generali; la cantidad restante en los siguientes NUEVE años, de forma trimestral hasta la amortización de la cantidad asignada.

Generali podrá hacer entrega de la compensación económica directamente al establecimiento en donde se encuentre internado el asegurado, así como exigir al familiar o persona que resulte representante del mismo y reciba la compensación económica, las garantías personales y justificantes de los pagos a que se destine el importe de la mencionada compensación.

El fallecimiento del asegurado produce la extinción de la prestación.

Si el asegurado fallece, como consecuencia directa de las secuelas derivadas del accidente deportivo, estando en vigencia la liquidación aplazada o temporal de la compensación económica, se concederá una prestación de auxilio al fallecimiento por cuantía de 1.210 €, entregándose esta cantidad a los derechohabientes o a quien justifique el abono de gastos de sepelio y, en este caso, si hubiere saldo a su favor a los citados derechohabientes.

A efectos de designación familiar o representante legal que haya de hacerse cargo de la compensación económica, se estará a lo determinado en la condición 20, en cuanto al orden familiar y a la resolución judicial correspondiente si se trata de representante legal.

III.- AUXILIO AL FALLECIMIENTO. (Condición 20).

La prestación tiene dos posibles cuantías según las circunstancias concurrentes:

a) Cuando el accidente deportivo, causa del fallecimiento, se ajusta a la normativa reglamentaria y a la



delimitación contenida en el artículo 7, tendrá una cuantía de 6.010 (SEIS MIL DIEZ EUROS).

b) Cuando se produzca el fallecimiento del asegurado, actuando en la actividad del deporte, sin que concurra hecho externo y violento, pero pueda deducirse que el óbito (efecto) se deba al esfuerzo o actividad deportiva que realiza (causa), será de 1.800 (MIL OCHOCIENTOS EUROS)

En cualquier caso, si el fallecimiento se produjera tras recibir atención médica, ésta debe cumplir los requisitos de la condición 13.

IV.- DEPORTISTAS EXTRANJEROS PARTICIPANTES EN TERRITORIO ESPAÑOL

Generali abonará cuantos gastos y honorarios se produzcan por la atención médico sanatorial y farmacéutica, en los servicios concertados, hasta un máximo de 3.000 €, (TRES MIL EUROS) siempre y cuando le sea reconocida la condición de asegurado.

Auxilio al fallecimiento.- Generali abonará los gastos de sepelio si la inhumación del fallecido se produce en territorio español o los gastos de traslado del cadáver al país de origen, con limitación en ambos casos de hasta 900 (NOVECIENTOS EUROS), siempre y cuando le sea reconocida la condición de asegurado.

EL TOMADOR

POR LA COMPAÑIA



SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADOR

GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
Domicilio Social: Calle Orense, 2 - 28020 - MADRID - ESPAÑA

TOMADOR Y ASEGURADOS

FEDERACION MADRILEÑA DE HOCKEY
Ctra. de El Pardo, Km. 1,800 - Somontes -
28035 MADRID
CIF: G-78811379

NUMERO DE PÓLIZA, EFECTOS DEL SEGURO Y MEDIADOR

Póliza nº G-L6-427.000.803
Fecha de Efecto de la Póliza: desde las 0 horas del día 01/09/2013
Fecha de Vencimiento: 01/09/2014 a las 0 horas

Mediador: HOWDEN IBERIA, S.A. (42259)
C/ Montalbán, 7 6ª y 7ª planta 28014 Madrid
Tf: 34(91) 4299699 Fax: 34(91)3692182
www.howdengroup.com

MODALIDAD DE SEGURO, FORMA DE PAGO, DURACION Y CONDICIONES DE RESCISION

La modalidad de seguro de la presente Póliza es la de TEMPORAL ANUAL RENOVABLE.
Forma de pago: Trimestral.

Esta Póliza se contrata por un año de duración, renovándose a su vencimiento por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento.

RIESGOS CUBIERTOS, CAPITALES

COBERTURAS PARA FEDERADOS / PERSONAL TÉCNICO / PERSONAL FEDERATIVO:

Se prestará la cobertura obligatoria por el Real Decreto 849-1993, mas coberturas ampliadas.

- | | |
|--|--------------|
| 1. Asistencia Médica-Quirúrgica-Sanatorial: | ILIMITADA |
| 2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario: | ILIMITADA |
| 3. Asistencia en régimen hospitalario concertado, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis: | ILIMITADA |
| 4. Rehabilitación. Previo control por los servicios médicos de la aseguradora: | ILIMITADA |
| 5. Resonancia magnética nuclear. Previa autorización: | INCLUIDA |
| 6. Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero: | 6.010 € |
| 7. Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica en el extranjero por enfermedad común que de forma fortuita pueda surgir en el beneficiario, durante el desplazamiento o periodo de estancia en el país extranjero: | 6.010 € |
| 8. Compensaciones económicas por pérdidas anatómicas y/o funcionales: | SEGÚN BAREMO |
| 9. Compensación económica en caso de tetraplejía, hasta: | 20.000 € |

10. Auxilio al fallecimiento:



a) Como consecuencia directa del accidente deportivo:	9.000 €
b) En el caso de menores de 14 años, la indemnización será en concepto de gastos de sepelio por:	2.255 €
c) En la práctica deportiva sin causa directa del accidente deportivos:	1.875 €
11. Gastos originados por tratamientos ortésicos:	INCLUIDOS
12. Gastos originados Odonto-estomatología, hasta:	600 €

PRIMAS DEL SEGURO

Cobertura anual licencia federativa:	
Personal Técnico:	11,75 €
Personal Federativo:	11,75 €
Aficionado mayor de 16 años:	23,44 €
Aficionado menor de 16 años:	12,13 €
Deporte de base (prebenjamín, benjamín y alevín):	4,00 €

SISTEMA DE REGULARIZACIÓN

La póliza se regularizará trimestralmente.

El Tomador deberá comunicar al final de cada trimestre los federados en vigor en ese momento. Esta información deberá remitirse por correo electrónico al mediador y en formato Excel. El Asegurador en base a esta información procederá a efectuar la regularización correspondiente mediante suplemento y emisión del recibo correspondiente.

Este envío de información es independientemente de la comunicación semanal que debe realizar la Federación como Tomador del seguro (según figura en el artículo 2 de las condiciones Especiales del Seguro) a lo largo de toda la duración del contrato al Asegurador.

La regularización se llevará a cabo por la diferencia entre los Asegurados/Federados dados de alta al inicio de la anualidad y por el que se ha cobrado el recibo provisional, y los Asegurados/Federados reales que haya al final de cada trimestre del seguro.

Para todas las altas comunicadas durante la anualidad de seguro se abonará la prima de la anualidad completa.

La prima cobrada al inicio de cada anualidad, se establece como PRIMA MÍNIMA EN DEPOSITO NO EXTORNABLE; por tanto, la regularización por parte del Asegurador solo se llevará a cabo en el caso que el número de Asegurados/Federados fuese superior al inicial.

EL TOMADOR

Madrid a, 11 de julio de 2013
POR LA COMPAÑIA

