

TOMADOR: FEDERACIÓ D'ESPORTS DE MUNTANYA I ESCALADA DE LA COMUNITAT VALENCIANA
POLIZA N° G-L6-427.000.426
Suplemento número 5. RENOVACIÓN.
Fecha de Efecto: 01/01/2017.



SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA INFORMATIVA

La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación, forma jurídica y Domicilio Social del Asegurador

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
- Domicilio Social: Calle Orense nº 2, (28020) MADRID-ESPAÑA, NIF A-28007268. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en la Hoja M-54.202.

Órgano Administrativo de Control del Asegurador.

Corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad, 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

El Asegurador pone a disposición del tomador del seguro, de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos un Servicio de Quejas y Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es.

El tomador del Seguro, las personas aseguradas, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de los anteriores podrán presentar sus quejas y reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos dirigiendo escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones. En el escrito deberán consignar sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su queja o reclamación, dirigiendo el mismo a la siguiente dirección:

Servicio de Quejas y Reclamaciones
Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros
Calle Orense, nº 2 – (28020) MADRID

O bien a la dirección de correo electrónico: reclamaciones.es@generali.com

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, 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 Quejas y Reclamaciones y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Quejas y Reclamaciones tendrán fuerza vinculante para el Asegurador. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Quejas y Reclamaciones del Asegurador, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

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

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos de recurrir en cualquier momento a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (que no tendrá carácter imperativo en caso de que, de conformidad con el art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras el presente contrato se considere como un seguro de grandes riesgos), por la citada Ley 20/2015, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y por lo dispuesto en las Condiciones del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, y en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

TOMADOR: FEDERACIÓ D'ESPORTS DE MUNTAYA I ESCALADA DE LA COMUNITAT VALENCIANA
POLIZA Nº G-L6-427.000.426
Suplemento número 5. RENOVACIÓN.
Fecha de Efecto: 01/01/2017.



Deber de información de los Asegurados

De conformidad con el apartado 4 del artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Tomador de la póliza asume el compromiso de facilitar a los Asegurados la información recibida a través de la Nota Informativa que reconoce haber recibido de la Compañía Aseguradora para tal fin.

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, 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 o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, 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 y 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.

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 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 apartado 1.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 manifestamente 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 1.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».

3. 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 las pólizas de seguro 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 de Compensación de Seguros 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 provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. 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.

2. 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 Seguros (www.consorseguros.es).

3. 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.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

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.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

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, aquella 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.

d) 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. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de Jurisdicción Voluntaria (art. 80) o en la Legislación notarial. 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

1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato: Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se regirán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones: El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes: Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros: Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador efectúe al Tomador o a los Asegurados a través del agente o corredor de seguros que medie o haya mediado la operación surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado directamente el Asegurador.

5. 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 aquellas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los Beneficiarios en su caso, responsabilizándose el Tomador 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.

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 afiliarse a 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 Aseguradora 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 anuladas 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 comunique 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 periodos 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 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, sobrevenida 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:

- 1º) 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.
- 2º) 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.
- 3º) 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.
- 4º) 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.
- 5º) Cursos de esquí de travesía y de montaña que realice la federación, siempre y cuando estén en todo caso supervisados por monitores de la propia federación.

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 servicio, 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).



INCLUSIONES EXPRESAS a partir de la fecha 01 de enero 2.016 (Aclaraciones, ampliaciones y extensiones):

Quedan establecidas las siguientes aclaraciones, ampliaciones y extensiones:

- . Se dará cobertura a los siniestros de congelación siempre que los mismos no se deban a una imprudencia temeraria evidente del federado.
- . Se asumen los casos de mal de altura, hipotermia e hipertermia (temperaturas corporales de 40 grados o superior) como accidentes con la misma salvedad que la congelación, siempre que no se deban a una imprudencia temeraria evidente.
- . Tanto el edema pulmonar como el cerebral quedarán cubiertos siempre y cuando la causa exclusiva del mismo sea la altura. No se cubren aquellos cuyo origen sea una dolencia previa del federado.
- . No se exigirá certificación técnica de la federación en siniestros que provengan del extranjero.

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 descart, 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:

- 1º 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.
- 2º 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.
- 3º La rehabilitación en lesiones óseas y músculo tendinosas, hasta su recuperación funcional.
- 4º 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:

- 1º) Todo el material prescrito en servicios ajenos a Generali.
- 2º) El material ortopédico prescrito para prevención de accidentes.
- 3º) 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.
- 4º) 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.
- 5º) Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.
- 6º) Los gastos derivados de trasplante de órganos/t ejidos de donante vivo o donante cadáver.
- 7º) Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
- 8º) Los gastos de farmacia ambulatoria.
- 9º) 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.
- 10º) 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.

TOMADOR: FEDERACIÓ D'ESPORTS DE MUNTAYA I ESCALADA DE LA COMUNITAT VALENCIANA
POLIZA Nº G-L6-427.000.426
Suplemento número 5. RENOVACIÓN.
Fecha de Efecto: 01/01/2017.



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 12º 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 siempre y cuando la licencia de la que sea titular el federado Asegurado contemple el ámbito territorial de ocurrencia del accidente.

En este caso, las prestaciones aseguradas tendrán una limitación de los gastos médico-quirúrgicos y sanatoriales a 12.000 €.

ARTICULO 22: Requisitos de las Coberturas en el Extranjero

Para que el Asegurador reconozca la prestación que se señala en el artículo anterior se tendrá, en consideración los siguientes aspectos:

- a) Que conste que el deportista o deportistas tengan la capacidad técnica, grado de entrenamiento, material idóneo y responsabilidad necesaria para cubrir sus actuaciones.
- b) 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.

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 complementarias en seguros privados, y serán responsables, subsidiarios, del abono de las cuotas fijadas.



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 12.000 €.
 A excepción de los gastos de Odonto-estomatología, la prestación que no podrá exceder de la cantidad de 600 € 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 (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)	600 €
Pérdida de Sustancia Ósea Paredes Craneanas (Con o sin pérdidas funcionales)	600 €
(1). - Si existiera más de una lesión, la suma de las cantidades asignadas no debe superar la cantidad establecida como límite de 3.606 €	

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 (<i>Ligera flexión y abducción</i>)	300 €	240 €
- Ángulo desfavorable (<i>totalmente recta en flexión, en abducción y en rotación</i>)	450 €	390 €
Rigideces:		
- Limitación de movimientos en ángulo favorable (<i>Entre la vertical y 45°</i>)	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 (<i>Todos los dedos del pie</i>)	540 €	480 €
Amputación total del Pie (<i>A cualquier altura por debajo de la rodilla</i>)	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. PARESÍAS

(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.

Tetraplejía completa (Por encima de C4) <i>Tetraplejía 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 mantienen prehensión. Equilibrio de tronco sedestación posible. Sillón de parapléjicos. Pérdida total de control de esfínteres</i>	15.000 €
Lesiones Torácicas Distales. <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 Distales 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. (Hemisección 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 12.000 (DOCE MIL 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 1.875 (MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO 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.