



Referencia: 00000003052282

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES**Condiciones Particulares****SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS**

RAMO: ACCIDENTES

MEDIADOR: 68 - AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SAU.

SUBRAMO: ACC COLECTIVOS

PÓLIZA:20221220319109 ALTA: 29/12/2022 EFECTO: 29/12/2022 VENCIMIENTO: 28/12/2023 DURACION: Años Prorrogables

TOMADOR: VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL PRESIDENCIA,
JUSTICIA Y DEPORT

C.I.F. S1511001H SOCIO: 188219

DIRECCIÓN: EDIFICIO ADMINISTRATIVO SAN CAETANO, S/N B1 2º
15701 - SANTIAGO COMPOSTELA(LA CORUÑA)

TIPO DE FACTURACIÓN: POR TOMADOR

FORMA DE PAGO: POR MEDIADOR

PERIODICIDAD: ANUAL

GRUPO: GENERAL

Nº de Asegurados: 130.000

RIESGOS CUBIERTOS Y EXTINCIÓN DE LOS MISMOS**PRODUCTO**

SVRNE ACCIDENTES COLECTIVOS

GARANTÍASINV ABSOLUTA ACCIDENTE
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE**(*) EDAD**

<u>COBERTURA</u>	<u>EXTINCIÓN</u>
(L)	67
(L)	70
(L)	65
(-)	67

(L) Laboral - (C) Completa

(*) Edad máxima de permanencia en el Seguro para cada Garantía

Prima Anual

Prima Neta: 1.983.989,37 Ips: 158.719,15 Consorcio: 7.675,48

Total: 2.150.384,00

Bilbao, a 27 de diciembre de 2022

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL PRESIDENCIA,
JUSTICIA Y DEPORT

SURNE



SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS CONDICIONES PARTICULARES

SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS

n° póliza 20221220319109

ASEGURADOR: SURNE

SOCIO: 188219 **CERTIFICADO:** 1

TOMADOR: VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL PRESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT

C.I.F. S1511001H

DIRECCIÓN: EDIFICIO ADMINISTRATIVO SAN CAETANO, S/N B1 2º
15701 - SANTIAGO COMPOSTELA (LA CORUÑA)

GRUPO: GENERAL

ASEGURADO: DEPORTE ESCOLAR PROGRAMA XOGADE , GRUPO ASEGURADO **C.I.F.** S1511001H

DURACION:
Años Prorrogables

NUMERO DE ASEGURADOS: 130.000

F.ALTA: 29/12/2022

F. EFECTO: 29/12/2022

F.VENCIMIENTO: 28/12/2023

RESUMEN GARANTIAS SUSCRITAS

Surne, Mutua de Seguros, garantiza, desde la fecha de efecto indicada en este certificado, los riesgos detallados seguidamente, conforme a lo establecido en la póliza colectiva contratada por el Tomador del Seguro.

PRODUCTO: SVRNE ACCIDENTES COLECTIVOS	Grupo	Cobertura	Edad Vencimiento	Capital Asegurado
INV ABSOLUTA ACCIDENTE <i>Beneficiario/s:</i> EL ASEGURADO	2	LABORAL	67	12.050,00 €
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE <i>Beneficiario/s:</i> EL ASEGURADO	2	LABORAL	65	7.500,00 €
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE <i>Beneficiario/s:</i> SI NO SE DESIGNAN BENEFICIARIOS, LO SERÁN POR EL ORDEN PRECEDENTE Y EXCLUYENTE SIGUIENTE: 1)CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO LEGALMENTE CONSTITUIDA 2)DESCENDIENTES 3)PADRES 4)HERMANOS 5)HEREDEROS LEGALES	2	LABORAL	70	6.010,12 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE <i>Beneficiario/s:</i> EL ASEGURADO	2		67	12.050,00 €

Prima Anual

Prima Neta: 1.983.989,37€ **Ips:** 158.719,15 **Consortio:** 7.675,48

Total: 2.150.384,00

(*) Todos los importes son brutos sin perjuicio del régimen fiscal aplicable en cada momento

Bilbao, a 27 de diciembre de 2022

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

EL ASEGURADOR



SURNE

VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL

RESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT

Página 1 de 1

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378

www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS
nº póliza 20221220319109
ASEGURADOR: SURNE

SOCIO: 188219

CERTIFICADO: 1

TOMADOR: VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL PRESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT

C.I.F. S1511001H

DIRECCIÓN: EDIFICIO ADMINISTRATIVO SAN CAETANO, S/N B1 2º
15701 - SANTIAGO COMPOSTELA (LA CORUÑA)

GRUPO: GENERAL

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE")
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> * Gestión de la relación del contrato de seguro * Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. * Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	<ul style="list-style-type: none"> * Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. * Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. * Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> * Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. * Corredores de seguros. * Profesionales médicos. * Organismos públicos. * Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	<ul style="list-style-type: none"> * Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del contrato de seguro. * Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

(*) Todos los importes son brutos sin perjuicio del régimen fiscal aplicable en cada momento

Bilbao, a 27 de diciembre de 2022

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

EL ASEGURADOR



SURNE

VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL
PRESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT


SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS
NOTA INFORMATIVA
PÓLIZA: 20221220319109
PÓLIZA: 20221220319109
FECHA EFECTO: 29/12/2022

La presente Nota Informativa es emitida por Surne Mutua de Seguros y entregada al Tomador del Seguro, en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2486/98) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija, con domicilio social en Cardenal Gardoqui, Nº 1, 48008 Bilbao, CIF V-48083521.

ÓRGANO ADMINISTRATIVO DE CONTROL DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

La Entidad Aseguradora desarrolla su objeto social en el Reino de España y queda sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Economía.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Tomador del Seguro, Asegurados, Beneficiarios podrán formular sus reclamaciones por escrito ante:

- I. El Departamento de Atención al Cliente de la Entidad en cualquiera de sus oficinas. (datos de contacto disponibles en www.surne.es)
- II. El Defensor del Cliente (datos de contacto disponibles en www.surne.es)
- III. Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- IV. Los jueces y Tribunales competentes.

LEGISLACIÓN APLICABLE AL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro se registró por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como por lo establecido en sus Condiciones Generales, Particulares y Especiales.

OTRAS INFORMACIONES

Las informaciones correspondientes a: garantías y opciones ofrecidas; condiciones de rescisión; sistema de cálculo y asignación de la Participación en Beneficios; definición, naturaleza y valores de rescate y reducción; y modalidades y plazos para el ejercicio del derecho de resolución, son las recogidas en las condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza.

El Tomador del Seguro declara haber recibido las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza así como conocer su contenido y tarifas. Asimismo, acepta expresamente las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE")
Finalidad	* Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro * Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. * Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	* Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. * Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. * Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	* Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. * Corredores de seguros. * Profesionales médicos. * Organismos públicos. * Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	* Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. * Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercera persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

Bilbao, a 27 de diciembre de 2022
EL TOMADOR

EL ASEGURADOR



SURNE



Referencia: 00000003052285

**SEGURO SURNE ACCIDENTES COLECTIVOS
CONDICIONES ESPECIALES**

PÓLIZA: 20221220319109

**AGENTE: 68 - AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y
REASEGUROS SAU.**

FECHA EFECTO: 29/12/2022

**TOMADOR: VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL
PRESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT**

C.I.F. S1511001H

**DIRECCIÓN EDIFICIO ADMINISTRATIVO SAN CAETANO, S/N B1 2º
15701 - SANTIAGO COMPOS(LA CORUÑA)**

SUPLEMENTO ALTA DE PÓLIZA

ANEXO:Pliego

Las condiciones de la póliza serán las indicadas en los pliegos técnicos y administrativos, la Oferta presentada por la aseguradora y el contrato suscrito entre las partes, y para los conceptos que no se recojan en los pliegos serán de aplicación, el condicionado general aportado por la Cia Aseguradora

Bilbao, a 27 de diciembre de 2022
EL TOMADOR

EL ASEGURADOR



SURNE

**VICEPRESID.SEGUNDA Y CONSELL
PRESIDENCIA, JUSTICIA Y DEPORT**

Página 1 de 1



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE REGIRÁN EN LA CONTRATACIÓN DOCUMENTALMENTE SIMPLIFICADA, POR EL PROCEDIMIENTO ABIERTO, SUJETO A REGULACIÓN ARMONIZADA Y VARIOS CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN, DEL CONTRATO PRIVADO DE SEGURO DEPORTIVO (PÓLIZA), QUE CUBRA LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DEL PROGRAMA XOGADE EN LAS ANUALIDADES 2022-2024.

I. OBJETO DEL CONTRATO

El presente pliego tiene por objeto la contratación por la Vicepresidencia Segunda y Consellería de Presidencia, Justicia y Deportes de una póliza de seguro colectivo para cubrir los riesgos derivados de la práctica deportiva, con motivo de la participación en el programa Xogade (Juegos Gallegos Deportivos) en edad escolar, tanto en las actuaciones del ámbito federado como del escolar, en favor de los componentes del colectivo asegurado y con los ámbitos de cobertura establecidos en este pliego.

Por lo tanto, mediante el cobro de la correspondiente prima, el asegurador indemnizará al asegurado o a los beneficiarios designados, la cuantía pactada en cada caso en la forma y con el procedimiento establecido en el pliego de cláusulas administrativas particulares (PCAP) y dentro de los límites pactados tanto en el PCAP como en este pliego de prescripciones técnicas (PPT) de los que traerá su causa a póliza que se suscriba.

II. NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA

El contrato que se suscriba tendrá carácter privado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público (LCSP).

La póliza de seguro que se suscriba incorporará únicamente, revistiendo carácter contractual, el contrato, el pliego de cláusulas administrativas particulares y el presente pliego de prescripciones técnicas, que rigen en la contratación del seguro colectivo así como las mejoras que fueran ofertadas por el licitador y aceptadas por el órgano contratante.

Todo eso, y únicamente, configurará el contrato de seguro. En consecuencia, los licitadores no podrán incluir en sus ofertas ni, por consiguiente, formará parte del contrato de seguro condición general, especial o adicional alguna salvo las que procedan en aplicación de la legislación en vigor (por ejemplo, cláusula del Consorcio de Compensación de Seguros).

III. SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN

III.1. Asegurador

La entidad aseguradora que resulte adjudicataria del presente procedimiento de contratación y que deberá estar inscrita en el Registro administrativo de entidades aseguradoras y reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo o ramos oportunos.



III.2. Tomador del seguro

La Xunta de Galicia a través de la Vicepresidencia Segunda y Consellería de Presidencia, Justicia y Deportes.

III.3. Asegurados

Componen el colectivo asegurado la totalidad de los deportistas participantes en el Programa Xogade (Juegos Gallegos Deportivos) en edad escolar (en adelante Xogade) que convoca anualmente la Secretaría General para el Deporte (en adelante SXD) y que se publica en el Diario Oficial de Galicia.

Este colectivo incluye a los deportistas participantes en las siguientes actuaciones del programa:

III.3.1. Actividad deportiva escolar

Incluye por un lado la organizada por la Secretaría General para el Deporte, a través de los servicios provinciales de deportes los cuales pueden contar con la colaboración de las agrupaciones deportivas de zona, clubes, ayuntamientos o cualquier otra entidad pública o privada que se considere conveniente.

También se incluyen otros programas puntuales tales como "Jugando con el agua y con el viento", "Jugando con el atletismo", "Multijuego 6 a 8", "Actividades de promoción" etc.

III.3.2. Actividad deportiva federada de 6 a 16 años

La Secretaría General para el Deporte facilita un seguro deportivo a todos los deportistas federados de 6 a 16 años independientemente de su modalidad deportiva como medida para apoyar el deporte de base y el compromiso por la promoción de la actividad físico-deportiva y los hábitos saludables.

La inscripción de los deportistas en este seguro es realizada por las diferentes federaciones en el momento de tramitación de la licencia, a través de la página web de Xogade.

Los deportistas participantes deberán cumplir los 6 años para poder asegurarse y perderán la condición de asegurados en el momento que cumplan 17 años, independientemente de la vigencia de la póliza, de la vigencia de su licencia o de la actividad deportiva practicada.

A efectos únicamente informativos y no limitativos en el Anexo II de este pliego se incluye un cuadro estimativo de las distintas actuaciones y de sus participantes, estableciéndose el número estimado de asegurados en 130.000 deportistas. Estas actuaciones así como el número de participantes son de carácter indicativo y no de obligado cumplimiento por lo que en cada caso, se ajustará a la realidad.



Se entienden también incluidas en el seguro las personas que en el futuro, dentro del período de duración del contrato de seguro, adquieran cualquiera de las condiciones anteriormente señaladas.

Para la consideración, a efectos de la póliza, de una persona como miembro del grupo asegurado será prueba suficiente, para los participantes de las distintas actividades deportivas que componen el programa Xogade, con una certificación expedida por la SXD en el que conste estar inscrito en el programa Xogade. Para los deportistas federados de las federaciones adheridas a este contrato de seguro, con la certificación de la federación correspondiente y del pago de la licencia con fecha anterior a la de ocurrencia del siniestro.

Igualmente se hace constar que queda también asegurada toda persona con discapacidad que forme parte del colectivo asegurado. No se pretende que se indemnice a este personal por su discapacidad previa, pero sí que tenga plena cobertura por el resto de circunstancias o contingencias sobrevenidas de la consecuencia directa de la práctica deportiva amparada por el contrato objeto de esta licitación.

III.4. Beneficiarios

En el caso de incapacidad permanente derivada de un accidente será beneficiario del seguro el propio asegurado.

En el caso de fallecimiento por accidente del asegurado, y en ausencia de designación expresa hecha por este regirá la orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación:

III.4.1. Cónyuge no separado legalmente o la pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

III.4.2. Hijos o descendientes, naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo la protección del asegurado en régimen de acogimiento preadoptivo, todos ellos por partes iguales.

III.4.3. Padres o ascendentes por partes iguales.

III.4.4. Hermanos por partes iguales.

Por lo tanto, se conviene expresamente que el tomador renuncia a la facultad de designación de beneficiario para la percepción de las prestaciones de este contrato concediéndola con toda su eficacia y de forma permanente a los asegurados de la póliza.

Por este mismo hecho, la revocación de la designación de beneficiarios efectuada con anterioridad corresponderá a los asegurados.



IV. ÁMBITOS DE COBERTURA

IV.1. Ámbito territorial de cobertura

La presente póliza tiene cobertura mundial.

No se exige ningún tipo de comunicación especial para los desplazamientos en territorio español aunque sean fuera de la Comunidad Autónoma de Galicia.

No obstante, para los desplazamientos internacionales la compañía aseguradora podrá exigir una comunicación previa, en plazo no superior a 21 días ni inferior a 5 días, con la indicación de destino, evento, duración y participantes. Para ello el adjudicatario deberá disponer de un sistema telemático de comunicación de desplazamientos.

IV.2. Ámbito espacial de cobertura

La póliza cubrirá los accidentes que se produzcan en las actuaciones del Xogade en las siguientes situaciones:

IV.2.1. Durante la celebración de competiciones o actividades deportivas objeto de este contrato realizadas en las instalaciones o espacios deportivos públicos y/o privados, colegios e institutos públicos y/o privados, instalaciones de centros cívicos, espacios libres, parques y calles o bien en las instalaciones de las ciudades donde por motivos de intercambios deportivos se realicen las competiciones.

IV.2.2. Durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar que se expresan en el párrafo anterior y bajo la dirección y en presencia de entrenadores, preparadores o personal técnico cualificado.

No estarán cubiertas competiciones organizadas por otras entidades o administraciones si no forman parte del calendario oficial de la federación correspondiente.

IV.3. Ámbito temporal de la cobertura

IV.3.1. Actividad deportiva escolar

El período de cobertura estará sujeto al programa Xogade que se realiza entre el 1 de septiembre y el 30 de junio de cada curso académico, incluidas las vacaciones de Navidad y Semana Santa.

IV.3.2. Actividad deportiva federada de 6 a 16 años

El período de cobertura estará sujeto a la vigencia de la licencia federativa correspondiente y cubrirá estrictamente las actividades reflejadas en los calendarios federativos, tanto de actividades como de competición, establecidos por la federación correspondiente.



V. COBERTURA ASEGURADORA

El objeto de la contratación de esta póliza es garantizar los riesgos derivados de la práctica de la actividad deportiva, incluyendo en dicho concepto las lesiones deportivas ocurridas durante o por consecuencia de la práctica de cada modalidad deportiva o actividad físico-deportiva, sean realizadas o no con carácter habitual.

Por lo tanto, la cobertura del contrato se extenderá, como mínimo, a las prestaciones especificadas en el anexo del Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo, que se dan aquí por reproducidas.

Las contingencias y capitales asegurados cubiertos con carácter mínimo son los siguientes:

V.1. Fallecimiento por accidente

En el caso de fallecimiento del asegurado causado por un accidente en la práctica deportiva, se garantiza el pago de un capital asegurado de 6.010,12 euros a favor de los beneficiarios.

En el caso de que el fallecimiento del asegurado sea causado por un accidente en la práctica deportiva pero sin causa directa con el accidente, se garantiza el pago de un capital asegurado de 1.803,04 euros a favor de los beneficiarios.

V.2. Indemnización por incapacidad permanente absoluta motivada por un accidente o lesión deportiva con un capital asegurado de 12.050,00 euros.

V.3. Indemnización por gran invalidez motivada por un accidente o lesión deportiva con un capital asegurado de 12.050,00 euros.

V.4. La indemnización por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente o lesión deportiva será valorada aplicando el baremo establecido en el Anexo III.

La indemnización que proceda por pérdidas anatómicas o funcionales es compatible con las prestaciones por asistencia médica, quirúrgica, sanatorial etc. indicadas en el punto V.5 y serán valoradas e indemnizadas una vez sea dado de alta definitiva al finalizar el tratamiento.

V.5. Gastos sanitarios

La prestación de asistencia sanitaria comprenderá, como mínimo, los servicios que a continuación se indican y abarcará desde la primera asistencia, de urgencia o no, hasta la finalización del tratamiento.

La prestación de estos servicios será efectuada, salvo casos de urgencia vital o por ausencia de centros concertados en un radio máximo de 50 Kms de la localidad en la que se produzca el accidente o del domicilio habitual del asegurado, en los centros médicos o facultativos concertados por el asegurador.



A estos efectos se entiende por urgencia vital la necesidad urgente e inmediata de recibir asistencia sanitaria que de no presentarse pondría en peligro la vida del asegurado o derivaría en un daño irreparable en su integridad física.

Estos servicios tendrán un límite máximo temporal para su prestación de dieciocho (18) meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente o lesión.

V.5.1. Asistencia médico-quirúrgica sanatorial en accidentes ocurridos en territorio estatal, sin límite de gastos.

V.5.2. Asistencia en régimen hospitalario de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad.

V.5.3. Quedará cubierto el uso de heparina, tanto en régimen hospitalario, extrahospitalario o ambulatorio, en aquellos casos en los que, por prescripción facultativa, sea necesario para el tratamiento médico indicado.

V.5.4. Los gastos originados por la rehabilitación o recuperación funcional.

V.5.5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros. Esta prestación se realizará contra reembolso de los gastos que se produzcan en el extranjero que el asegurado debe demostrar con la aportación de la documentación correspondiente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo que se concedan al terminar el tratamiento.

V.5.6. Gastos originados por el traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.

V.5.7. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico (rodilleras, tobilleras, fajas, etc.) para la curación de un accidente o lesión deportiva, siempre que lo prescriba un facultativo y previa autorización de la compañía hasta un 70% de su coste (importe no incluido en el límite cuantitativo de gasto) y contra presentación de factura acreditativa del desembolso efectuado.

V.5.8. Gastos originados en asistencia odonto-estomatológica por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo con un importe de 250 euros por siniestro o el 50% del coste de facturación cuando esta tenga un importe superior a los 600 euros.

V.5.9. La asistencia médica descrita en esta póliza se prestará por los facultativos, centros y clínicas que la compañía tenga incluidos en sus cuadros médicos de asistencia que deberán ser utilizados obligatoriamente por aquellos asegurados lesionados que deseen recibir asistencia con cargo a la compañía de seguros.



Sin embargo, si un asegurado es llevado a otros servicios asistenciales no concertados, siendo estos de la Seguridad Social, por motivo de urgencia vital, la compañía se hará cargo de sus gastos, hasta que por prescripción facultativa pueda ser trasladado a los servicios concertados con la compañía. También podrán ser autorizados por la compañía a utilizar centros de la Seguridad Social ante la ausencia de centros concertados en un radio de 50 Kms de la localidad en la que se produzca el accidente, o del domicilio del accidentado.

El cómputo del límite temporal de dieciocho (18) meses desde la fecha del accidente, se entenderá interrumpido en aquellos siniestros donde los facultativos médicos diagnostiquen que no procede intervenir al siniestrado por causas de crecimiento. En estos casos, el plazo se interrumpirá desde el diagnóstico hasta la fecha en la que los facultativos médicos estimen el origen de la intervención.

VI. RIESGOS EXCLUIDOS

Las exclusiones que, con carácter máximo se aplicarán a la póliza que se emita serán las siguientes y con esta misma redacción y serán aplicables para todas las coberturas de la póliza:

VI.1. Cuando el accidente quede fuera del ámbito de cobertura del seguro.

VI.2. Los siniestros provocados intencionadamente por cualquiera persona asegurada, el suicidio o cualquier lesión autoinfringida.

VI.3. Cuando se produzca en estados atípicos (drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, etc.). A efectos del contrato se entiende por alcoholismo cuando la tasa de alcohol en sangre supere los límites legales permitidos para la conducción de vehículos a motor para no profesionales.

VI.4. Cuando medie imprudencia o descuido por inobservancia de las normas legales deportivas.

VI.5. La participación del asegurado en actos delictivos.

VI.6. La práctica como profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una federación deportiva, organismo o club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.

VI.7. Los ocurridos a consecuencia de guerra civil o internacional.

VI.8. Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

VI.9. Las lesiones ocasionadas por la práctica deportiva durante el período de baja por lesión, desde la primera asistencia hasta el alta médica que permita la práctica deportiva.



VII. CONDICIONES ESPECÍFICAS DEL SEGURO

VII.1. Definición de accidente

A los efectos de este pliego y de la póliza de seguro que se emita, se entiende por accidente toda lesión corporal sobrevenida al asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa súbita, fortuita, momentánea, externa y ajena la voluntad del asegurado. A los efectos del seguro tendrá la consideración de accidente cubierto las consecuencias de la práctica de la actividad deportiva incluidas las lesiones no traumáticas.

Quedan expresamente excluidas del ámbito de cobertura de esta póliza las lesiones derivadas del crecimiento, genéticas o degenerativas.

La cobertura se hace extensiva a las competiciones y entrenamientos para la totalidad de los asegurados.

VII.2. Coberturas que deberán figurar expresamente en la póliza:

VII.2.1. Las consecuencias de rayo, incendio, explosión, electricidad o similares.

VII.2.2. Las consecuencias de infecciones cuando el agente patógeno penetrara en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto o de la mordedura o picadura de cualquier clase de animal.

VII.2.3. Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y de toda clase de tratamientos médicos cuando sean deber o motivadas por un accidente cubierto.

VII.2.4. Las consecuencias de acciones acaecidas en legítima defensa propia o de terceros así como en el intento de salvamento de personas o bienes.

VII.2.5. Las consecuencias de accidentes acaecidos a consecuencia de ataques de apoplejía, desmayos, pájaras, síncope, crisis epilépticas, y conceptos médicos similares.

VII.2.6. Las insolaciones, congestiones, congelaciones u otras inclemencias del tiempo o de la presión atmosférica a las que el asegurado estuviera expuesto a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

VII.3. Fallecimiento por accidente

Por muerte por accidente se entenderá el fallecimiento de un asegurado a causa de un accidente cubierto por la póliza y producido de forma inmediata a aquél o en el transcurso de los dos años siguientes a contar desde su fecha de ocurrencia.

En caso de que el fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produzca con posterioridad al plazo citado de dos años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar de un modo fidedigno que el fallecimiento es a consecuencia de dicho accidente.



VII.4. Incapacidad permanente parcial por accidente

Cuando la incapacidad, siendo permanente, no alcance el grado de absoluta para cualquier profesión u oficio devendrá en una incapacidad permanente parcial.

La indemnización por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente o lesión deportiva serán valoradas aplicando el baremo establecido en el Anexo III.

VII.5. Incapacidad permanente absoluta por accidente

Se considera como incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente la situación física previsiblemente irreversible provocada por un accidente cubierto por la póliza y determinante de la total ineptitud del asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados.

Esta garantía será automáticamente aceptada e indemnizada por el asegurador cuando sea declarada o reconocida por el organismo competente.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente sea revisable por agravación o mejoría, en los términos señalados por la legislación vigente.

VII.6. Gran invalidez por accidente

Se considerará como gran invalidez a los efectos de la presente póliza la situación de un asegurado afectado de incapacidad permanente que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Esta garantía será automáticamente aceptada e indemnizada por el asegurador cuando sea declarada o reconocida por el organismo competente.

No obstará para el pago de la indemnización que proceda por esta garantía el hecho de que la situación de gran invalidez derivada de un accidente sea revisable por agravación o mejoría, en los términos señalados por la legislación vigente.

VIII. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La fecha de inicio de la cobertura se concretará en la formalización del contrato estando inicialmente prevista desde a las 00:00 horas del día 16 de diciembre de 2022.

IX. CONDICIONES DE ADHESIÓN AL SEGURO

La inclusión en la póliza será automática para todo el colectivo, tanto en lo que se refiere a sus elementos subjetivos como en lo referente a las garantías y capitales aseguradas.



Por lo tanto, no existirán condiciones de adhesión al seguro de ninguna clase, no siendo por consiguiente necesario para ninguna persona asegurada, rellenar el boletín de adhesión, declaración de estado de salud ni requisito médico o de adhesión alguno.

X. CRITERIOS QUE HAN DE REGIR EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Para todas las garantías de la póliza, se considerará cómo fecha del siniestro, la fecha de ocurrencia del accidente.

La compañía, una vez recibida la documentación completa del siniestro y a partir de dicha fecha, queda obligada a abonar la indemnización que corresponda en el plazo de siete días laborales.

En cualquiera de los casos, regirá lo establecido en los artículos 18 y 20.3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro.

XI. CÚMULO MÁXIMO POR SINIESTRO

El importe máximo por siniestro se establece en seis millones de euros (6.000.000 euros).

XII. MEDIACIÓN DE SEGUROS

Los licitadores deberán incluir en la oferta los servicios de un corredor de seguros para realizar los servicios de mediación entre la Secretaría General para el Deporte y la entidad aseguradora adjudicataria del contrato, consistentes en prestar asistencia y asesoramiento en la gestión y ejecución del contrato de seguro incluyendo la asistencia en caso de siniestro.

XII.1. Habilitación profesional

XII.1.1. Estar inscrito como corredor de seguros en el registro administrativo de distribuidores de seguros y reaseguros de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital o del órgano competente de las comunidades autónomas, de conformidad con lo dispuesto en el Libro Segundo del Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados, de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

XII.1.2. Acreditar la suscripción del seguro de responsabilidad civil profesional o de la garantía financiera conforme a lo establecido en el artículo 157 del Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, así como el cumplimiento de este requisito durante toda la vigencia del contrato.



XII.2. Obligaciones del mediador

XII.2.1. Asesoramiento, seguimiento y control del contrato de seguro objeto de la presente contratación.

XII.2.2. Información en general sobre cuantos aspectos estén relacionados con la póliza suscrita y el mercado de seguro en general.

XII.2.3. Asesoramiento a la Secretaría General para el Deporte sobre peritaciones, valoraciones y propuestas de indemnización formuladas por la aseguradora en relación con los siniestros declarados.

XII.2.4. Elaboración de estudios y estadísticas sobre siniestralidad en la póliza de seguro objeto de la presente contratación. Dichos informes se llevarán a cabo como mínimo trimestralmente.

XII.3. Condiciones del ejercicio de la actividad

XII.3.1. No supondrán coste económico para la Secretaría General para el Deporte puesto que por la prestación de los servicios incluidos en esta contratación el mediador será retribuido por la entidad aseguradora adjudicataria de este contrato mediante una comisión del 3%, tomando como base la totalidad de la prima neta recibida por la aseguradora. Se entiende por prima neta la prima total menos los tributos, tasas, recargos y cánones de cualquier índole que sean de aplicación.

XII.3.2. Para la realización de los servicios el mediador deberá adscribir un equipo técnico en el que se integrarán como mínimo dos personas que serán un especialista en seguros de accidentes y otro en siniestros.

XII.3.3. En ningún caso la Secretaría General para el Deporte tendrá vinculación ni relación jurídica alguna con el personal que utilice el corredor de seguros para la realización de los servicios de mediación incluidos en la presente contratación, ni durante la vigencia del contrato, ni su finalización.

XII.3.4. Compromiso de contar dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia, en un plazo superior a un mes desde la vigencia del contrato, con una oficina o despacho desde donde se llevará a cabo a ejecución del contrato.

Esta oficina o despacho deberá contar con conexiones técnicas adecuadas que permitan las comunicaciones con la Secretaría General para el Deporte y la aseguradora.

XIII. OPERATIVA DEL SEGURO Y SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO

El colectivo asegurado es el que figura en la cláusula correspondiente de este pliego por lo que las informaciones numéricas y nominativas se aproximan siempre a los efectos de cálculo e informativo pero no con carácter limitativo.



Se facilitará a la entidad adjudicataria un enlace directo con las bases de datos de la SXD para que disponga en tiempo real del número y la relación de inscritos. Con todo, debido a la acumulación de solicitudes de inscripciones en algunos momentos de la temporada, es posible, aunque excepcional, que una persona asegurada participe en la actividad sin estar aún mecanizada su alta, por lo que se deberá confirmar con la SXD en caso de duda.

Todos los colectivos de esta póliza tendrán una fecha de alta y cada persona deberá ser dada de alta en cada programa en el que participe.

XIV. OTRAS CONDICIONES QUE REGIRÁN EN EL CONTRATO QUE SE SUSCRIBA

Dentro del período estipulado como duración del contrato se mantendrán todas las garantías concertadas y el adjudicatario no podrá rescindir la póliza sea cuál sea el número de siniestros que se produzcan y las cuantías de las correspondientes indemnizaciones, respetando los límites en cada caso señalados para cada siniestro.

XV. DEBERES DEL ASEGURADOR

XV.1. Centros asistenciales

La red asistencial a la que se deriven las asistencias acreditarán experiencia en la atención a los deportistas, contarán con la especialidad en traumatología y dispondrán de los medios técnicos y humanos precisos para hacer frente a las necesidades de cada servicio de este seguro, sea para la atención de urgencias como para la realización de pruebas diagnósticas por imagen, consultas de especialistas, asistencias no graves, fisioterapia y/o rehabilitación.

La distribución geográfica de los centros médicos buscará dar cobertura de la forma más eficaz posible en las cuatro provincias y a todas las comarcas del territorio de la comunidad autónoma gallega, considerándose de interés la necesidad de contar con centros en las siguientes localidades:

En la provincia de A Coruña: Ferrol, A Coruña, Santiago de Compostela, Boiro, Cee, Vimianzo y Cedeira.

En la provincia de Lugo: Chantada, Monforte, Sarria, Viveiro, Burela, Foz, Ribadeo, Vilalba y Lugo.

En la provincia de Ourense: Ourense, O Carballiño, O Barco de Valdeorras, Verín, Xinzo de Limia, Celanova, Ribadavia y Allariz.

En la provincia de Pontevedra: Lalín, A Estrada, Vilagarcía de Arousa, Sanxenxo, Vigo, Cangas, Pontearreas, Tui y Salceda de Caselas.

El número mínimo de centros a los que está obligada, la compañía incluirá por lo menos un hospital con servicio de urgencias las 24 horas en cada una de las siguientes ciudades: A Coruña, Ferrol, Santiago de Compostela, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo.



La empresa adjudicataria pondrá a disposición de los deportistas el número mínimo que se indica a continuación de centros hospitalarios o clínicas:

En la provincia de A Coruña, 20 centros.

En la provincia de Lugo, 10 centros.

En la provincia de Ourense, 8 centros.

En la provincia de Pontevedra, 15 centros.

Los criterios que la empresa adjudicataria utilizará para la asignación de un centro serán:

a) Proximidad al lugar del accidente si se comunica el accidente en el mismo momento o al domicilio de la persona accidentada si se hace la comunicación en los días siguientes.

b) Adecuación de los medios técnicos y humanos a la necesidad de la lesión.

c) Tiempo de espera para ser atendido. En ningún caso podrá exceder de una semana la atención por parte de un especialista, en el caso de ser necesaria para la obtención de un diagnóstico.

La empresa adjudicataria está obligada a mantener el cuadro médico de facultativos y centros médicos asistenciales presentados en la oferta durante todo el período de ejecución del contrato, salvo causa justificada en cuyo caso deberá solicitar autorización previa de la Secretaría General para el Deporte.

La empresa adjudicataria deberá disponer de un servicio de ambulancias. En caso de no disponer de concierto para este servicio, se podrá contactar con el servicio de ambulancias más próximo, abonando la empresa adjudicataria los gastos originados por este servicio.

XV.2. Información del seguro contratado

La empresa adjudicataria facilitará un dossier completo al objeto de que pueda ser incluido en la página web del tomador. Este será aprobado por la Secretaría General para el Deporte e incluirá como mínimo el resumen de la póliza, que hacer en caso de siniestro y coberturas y exclusiones de la póliza.

XV.3. Servicio de atención a los asegurados

La empresa adjudicataria deberá disponer de un servicio telefónico de atención a los asegurados, con atención 24 horas 7 días a la semana, para colaborar con ellos si fuese necesario en la comunicación del accidente, para informar de los centros de urgencias de referencia, para canalizar y colaborar en la asistencia requerida y para los trámites administrativos que pudieran requerir los asegurados.

Este servicio deberá contar con al menos una persona con título CELGA 4 para atender a los asegurados en lengua gallega.



XV.4. Quejas, sugerencia y reclamaciones

Además de los sistemas de reclamación a los que están obligadas las entidades aseguradoras, la empresa adjudicataria deberá poner a disposición de los asegurados un sistema específico, en soporte telemático, para canalizar las quejas, dudas, sugerencias y reclamaciones que puedan ocasionarse. Los asegurados deberán obtener copia de su presentación y un informe de ellas estará a disposición de la Secretaría General para el Deporte y del mediador en el formato adoptado por las partes.

XV.5. Plataforma de acceso a la información de siniestros

La empresa adjudicataria deberá poner a disposición del tomador del seguro una plataforma de acceso a la información de los siniestros a los efectos de conocer en todo momento y en tiempo real la situación de los siniestros y así poder dar un mejor servicio a los asegurados.

XV.6. Información a la Secretaría General para el Deporte

Con carácter trimestral y anual, la compañía aseguradora adjudicataria entregará a la SXD un informe digital en el que se relacionarán uno por uno todos los siniestros en el formato que se acuerde incluyendo datos sobre:

- a) Datos del accidentado: edad, sexo, etc.
- b) Datos del accidente: programa deportivo, modalidad/especialidad, día de la semana, lugar, diagnóstico, tipo de lesión, etc.
- c) Datos de las asistencias: número de asistencias, centro/s sanitario/s, fecha de inicio y cierre del expediente, actuaciones médicas, coste y detalle de pagos y reservas, etc.

XV.7. Comisión de coordinación técnica y desarrollo del seguro

En el plazo de quince días a partir de la firma del contrato, se creará una Comisión de coordinación técnica y de desarrollo del seguro para el seguimiento, control y supervisión, compuesta por representantes de la Secretaría General para el Deporte, de la compañía aseguradora adjudicataria y del mediador, que se reunirá trimestralmente y cuando se considere oportuno por cualquiera de las partes. Además de las reuniones trimestrales, se podrán convocar cuantas reuniones operativas sean necesarias.

Los principales objetivos de esta comisión serán:

- a) Seguimiento y control de la gestión del seguro
- b) Posibles mejoras en los procedimientos de información a los asegurados
- c) Revisión de la información de siniestralidad que, con carácter trimestral y anual, presentará la compañía aseguradora adjudicataria a la SXD y al mediador.



En este apartado los componentes de la comisión revisarán, para su control y mejora de procedimientos, al menos, el total de casos atendidos, su distribución por contingencia, importe de siniestros pagados y reservados, detalle específico de siniestros de cuantía especial y, en general, cuanta información sea preciso incluir para el mejor desarrollo del contrato y del servicio a los asegurados.

Con el objetivo de asegurar que la compañía aseguradora haga frente de manera puntual a sus obligaciones, en especial al pago de los siniestros, la compañía se compromete a mantener la vigencia de la citada comisión en tanto en cuanto permanezcan en vigor siniestros pendientes de gestionar lo cual supone un compromiso serio de calidad en el pago de las prestaciones.



ANEXO I

PROTOCOLO DE ACTUACIONES

La atención en caso de lesión deberá seguir el protocolo, que estará publicado tanto en la página como en la aplicación de mutualizaciones de Xogade, en abierto y con claves.

Este protocolo se redactará de forma coordinada entre la empresa adjudicataria, la Secretaría General para el Deporte y el mediador pero, en todo caso, habrá:

- a)** Un sistema de autorización por parte de la aseguradora adjudicataria previa a la atención, salvo en caso de urgencia vital.
- b)** La persona lesionada debe acudir al centro autorizado una vez recibida la autorización por la compañía adjudicataria.
- c)** En caso de urgencia vital la persona lesionada acudirá al centro sanitario más próximo y se tramitará la autorización dentro de las 24 horas posteriores al accidente.
- d)** La persona lesionada se identificará de manera fidedigna en el centro sanitario, acreditando su condición de pertenencia al colectivo de asegurados por el contrato objeto de esta licitación en el centro sanitario (documento identificador, licencia federativa o carnét de Xogade).
- e)** La persona lesionada hará llegar a la compañía adjudicataria los informes médicos para la autorización de las siguientes atenciones así como el informe de alta para cerrar el expediente. La aseguradora, en el ámbito de la prestación del seguro podrá requerir a la persona lesionada toda la documentación oportuna tanto para la autorización de la continuidad de la atención como en el caso de discrepancia con la persona lesionada o con la Secretaría General para el Deporte.
- f)** La entidad responsable de la inscripción de la persona lesionada certificará en la aplicación de Xogade las circunstancias de la lesión.
- g)** Toda denegación de atención por parte de la aseguradora será notificada a los usuarios, a la Secretaría General para el Deporte y al mediador del contrato indicando los motivos y por algún medio escrito.
- h)** Salvo circunstancias objetivas excepcionales los siniestros deberán comunicarse en un plazo máximo de 7 días desde la fecha del siniestro.



ANEXO II

DATOS DEL ÚLTIMO AÑO PREVIO A LA PANDEMIA Y DE LA TEMPORADA EN CURSO

PARTICIPACIONES XOGADE	2018/2019		2021/2022 (al día 15 de abril de 2022)	
	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR
Atletismo en pista	18	10.227	5.848	6.731
Bádminton	513	5.614	98	3.069
Baloncesto	11.477	6.603	10.553	1.347
Balonmano	3.930	4.676	3.950	174
Béisbol y Sóftbol	197	9	64	
Bolos	313		50	
Boxeo	548		462	
Campo a través		32.594		17.128
Ciclismo	1.895		1.500	
Esquí náutico	20			
Fútbol	36.358		34.800	
Fútbol sala	10.199	8.981	7.278	2.274
Halterofilia	119		70	
Hípica	1.973		2.657	
Hockey	406		430	
Judo	8.663		4.545	
Karate			1.663	
Kickboxing	430		482	
Kung-Fu	923		648	
Lucha	327		484	
Motociclismo	100		147	
Natación	3.119	1.254	3.078	112
Orientación	113	2.371	103	1.758
Pádel	317		185	
Patinaje artístico	361	2.085		637
Petanca	17		13	
Piragüismo	6.124		1.968	1.436
Remo	1.174		951	
Rugby	709		801	
Salvamento	567		630	
Squash	126		81	
Surf	126		148	
Taekwondo	5.199		3.447	
Tenis	1.911		2.503	
Tenis de mesa	13	1.512	359	609
Tiro con arco	123			

PARTICIPACIONES XOGADE	2018/2019		2021/2022 (al día 15 de abril de 2022)	
	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR
Triatlón/Duatlón	725	1.165	783	700
Voleibol	1.299	4.021	1.984	2.050
Ajedrez	2.985	2.787	1979	502
Gimnasia	2.209		2.047	
Jugando con el Atletismo		779		1.932
Multijuego 6-8		1.601		618
OTROS PROGRAMAS				
Actividad de Promoción				360
Jugando con el agua y con el viento		955		93
SUMA	105.626	87.234	96.789	41.530

RESUMEN PARTICIPACIONES XOGADE	2018/2019		2021/2022 (al día 15 de abril de 2022)	
	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR	ACTIVIDAD FEDERADA	ACTIVIDAD ESCOLAR
PARTICIPACIONES	105.626	87.234	96.789	41.077
DEPORTISTAS TOTALES	128.624		107.942	

Se presenta un cuadro informativo de los datos de las actividades deportivas y participaciones en cada una de ellas según consta en la aplicación de Xogade en la temporada 2018/2019 y en la 2021/2022 (a día 15 de abril de 2022) a efectos de la confección de la oferta.

Un mutualizado puede participar en varias actividades por lo que se estima que el número de asegurados se aproximará a los 130.000 deportistas. No obstante, serán asegurados la totalidad del colectivo indicado en la Cláusula III.3 del presente pliego de prescripciones técnicas.

La relación de actividades es a título informativo y no limitativo pues es susceptible de variación incorporando o eliminando actividades o modalidades deportivas.

ANEXO III
INDEMNIZACIONES

La indemnización de incapacidad permanente parcial se pagará al asegurado de acuerdo con los porcentajes siguientes y que son aplicables sobre la suma asegurada de invalidez total y parcial/invalidez permanente accidental, es decir sobre 12.050,00 €:

Alienación mental incurable que excluya cualquier trabajo	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos, ambas manos, ambas piernas o ambos pies o, conjuntamente, dos extremidades de las indicadas	100%
Sordera completa de los dos oídos	100%

CABEZA Y CARA

Sordera completa de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de visión binocular	30%
Pérdida de sustancia ósea en la pared craneal, claramente apreciable por exploración clínica	6 al 13%
Merma de la agudeza visual de un ojo en menos del 50%, siempre que con corrección no alcance en ambos ojos las 7 décimas	6%
Merma de la agudeza visual en ambos ojos, en menos del 50%, siempre que con corrección no alcancen ambos ojos las 7 décimas	14%
Merma de la agudeza visual de un ojo en más del 50%	11%

ÓRGANOS DE LA AUDICIÓN

Pérdida de una oreja	10%
Pérdida de las dos orejas	22%
Hipoacusia que no afecte la zona conversacional de un oído, siendo normal la del otro	7%
Hipoacusia que afecte la zona conversacional de un oído, siendo normal la del otro	15%
Hipoacusia que afecte la zona conversacional de ambos oídos	60%



ÓRGANOS DEL OLFATO	
Pérdida de la nariz	22%
Deformación o perforación del tabique nasal	7%

DEFORMACIONES EN EL ROSTRO Y EN CABEZA, NO INCLUIDAS EN LOS EPÍGRAFES ANTERIORES	
Deformaciones en el rostro y en cabeza que determinen una alteración importante en su aspecto siempre que no sean corregibles quirúrgicamente	3 al 14%
Quedan excluidas las cicatrices derivadas de intervenciones quirúrgicas realizadas en cualquier parte del cuerpo.	

MIEMBROS SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del movimiento del hombro	25%	20%
Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
Pérdida total del movimiento del pulso	20%	15%
Pérdida total del pulgar y del índice de la mano	40%	30%
Pérdida de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o índice	25%	20%
Pérdida del pulgar y otro que no sean el índice de la mano	30%	25%
Pérdida de tres dedos de la mano, incluidos pulgar y índice	50%	40%
Pérdida del índice de la mano y otro que no sea el pulgar	25%	20%
Pérdida del pulgar de la mano solo	22%	18%
Pérdida del índice de la mano solo	15%	12%
Pérdida del medio, anular o meñique de la mano	10%	8%
Pérdida de dos de estos últimos de la mano	15%	12%

MIEMBROS INFERIORES	
Pérdida de una pierna o de un pie	50%
Amputación parcial de un pie tipo Lisformc o Chopart	40%
Fractura no consolidada de una pierna o pie	25%



MIEMBROS INFERIORES	
Ablación de rótula	30%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	30%
Acortamiento, por lo menos de 5 cms, de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida de otro dedo de un pie	3%

GLÁNDULAS Y VÍSCERAS		
Pérdida de la mama en la mujer	Una 14%	Dos 31%
Pérdida de otras glándulas y su funcionalidad total		
Salivares	13%	
Tiroides	14%	
Paratiroides	14%	
Pancreática	25%	
Pérdida del bazo	14%	
Pérdida del riñón	24%	



NORMAS PARA DETERMINAR EL GRADO DE INVALIDEZ PARCIAL

1. La impotencia funcional absoluta y permanente de un órgano o miembro se asimila a la pérdida total del mismo.
2. Los supuestos de invalidez no especificados anteriormente se indemnizarán en proporción a su gravedad comparándola a la de los casos que se enumeran.
3. Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión o de la edad del asegurado.
4. Las personas que utilizan preferentemente la mano izquierda, percibirán por las lesiones de ese lado la indemnización que el baremo fija para la parte derecha del cuerpo.
5. La indemnización total pagadera por varias pérdidas o inutilizaciones de miembros u órganos causadas por un mismo accidente se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la cantidad asegurada para el caso de incapacidad permanente absoluta o incapacidad permanente total, según proceda.
6. Invalidez permanente sobrevenida al asegurado a consecuencia de un accidente garantizado que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis: la compañía aseguradora pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado hasta una cantidad máxima del 10% del capital indemnizable para el caso de incapacidad permanente y con el límite, en todo caso, de 1.500 euros.
7. Grado de invalidez resultante de un accidente: se ceñirá estrictamente a los resultados del citado accidente sin que pueda ser agravado a consecuencia de los defectos corporales que, con anterioridad al accidente, pudiera presentar el asegurado en miembros u órganos afectados o no por el accidente. En el caso de defectos corporales preexistentes en órganos afectados por el accidente, el asegurado solo tendrá derecho a la indemnización que corresponda a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y lo que resulte después del accidente.

RESOLUCIÓN APROBACIÓN DEL PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

Visto el presente **PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE REGIRÁN EN LA CONTRATACIÓN DOCUMENTALMENTE SIMPLIFICADA, POR EL PROCEDIMIENTO ABIERTO, SUJETO A REGULACIÓN ARMONIZADA Y VARIOS CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN, DEL CONTRATO PRIVADO DE SEGURO DEPORTIVO (PÓLIZA), QUE CUBRA LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DENTRO DEL PROGRAMA XOGADE EN LAS ANUALIDADES 2022-2024.**

El órgano de contratación acuerda prestar la aprobación en los términos expuestos.

Santiago de Compostela, en la fecha de la firma electrónica
El Vicepresidente segundo y conselleiro de Presidencia, Justicia y Deportes
P.D. Orden del 14.07.2022 (DOG núm. 137, del 19.07.2022)
El Secretario General para el Deporte
José Ramón Lete Lasa

Conocido y aceptado en su totalidad

EL CONTRATISTA



CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

ARTÍCULOS PRELIMINARES.

I. LEGISLACIÓN APLICABLE.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de Seguros Privados, por las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables y por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales de la Póliza.

El Estado miembro y autoridad a quienes corresponde el control de la actividad de la Entidad son España y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

II. INFORMACIÓN AL TOMADOR, A LOS ASEGURADOS Y A LOS BENEFICIARIOS.

El Tomador del Seguro reconoce por medio de la firma de las presentes Condiciones Generales, Especiales y Particulares haber recibido, con anterioridad a la suscripción de la presente póliza, toda la información exigida en el artículo 60 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y en el artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y cuyo contenido es, en aquellos extremos que le son aplicables a la presente póliza, los siguientes: legislación aplicable al contrato, instancias de reclamación y procedimiento a seguir, Estado miembro donde se ubica la compañía aseguradora y la autoridad de control, así como su denominación social y domicilio.

Se hace expresamente constar, a los efectos de lo previsto en el artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, que el Tomador del seguro, y sin perjuicio de las obligaciones que correspondan a la compañía aseguradora, asume el compromiso de suministrar a los Asegurados toda la información relativa a sus derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia del contrato.

A petición del Tomador la entidad aseguradora emitirá, un Certificado Individual de Seguro que es el documento emitido para cada asegurado en el que consta, como mínimo, la siguiente información:

- ✓ Número de póliza.
- ✓ Datos personales de los Asegurados.
- ✓ Garantías cubiertas y cuantías aseguradas.
- ✓ Importe individualizado de primas.
- ✓ Beneficiarios designados por el Asegurado.

La variación de garantías y/o sumas aseguradas, así como el cambio de beneficiarios, requerirá la emisión de un nuevo Certificado Individual de Seguro que dejará sin efecto, a partir de la sustitución, el anteriormente emitido.

III. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE")
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro.

	<ul style="list-style-type: none"> • Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. • Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

IV. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente, así como en cualquier oficina abierta al público de la entidad.

Departamento de Atención al Cliente: Cardenal Gardoqui, 1-bajo
48008 Bilbao
T.: 94 479 22 05 / Fax.: 94 416 19 55
Email: reclamaciones@surne.es

Defensor del Cliente: Marqués de la Ensenada, 2
28004 Madrid
T.: 91 310 40 43/ Fax.: 91 308 49 91
Email: reclamaciones@da-defensor.org

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

De igual manera, los conflictos que puedan surgir entre el tomador, asegurado o beneficiarios con la entidad aseguradora, podrán resolverse por los juzgados y tribunales competentes.

Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

DISPOSICIONES GENERALES

I. DEFINICIONES

POLIZA

El documento que materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud.
- Las Condiciones Generales que regulan las coberturas suscritas y el funcionamiento del contrato.
- Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales.
- Las Condiciones Especiales, si procediesen, y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la póliza para completarla o modificarla.

SINIESTRO

Es todo hecho indemnizable por la póliza.

CAPITAL GARANTIZADO

Es el importe, fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá satisfacer la Mutua al beneficiario/s en caso de siniestro, bien como capital único o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas.

EDAD ACTUARIAL

La edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en cada momento

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

Es la situación física que incapacite temporalmente al asegurado para la realización de su profesión habitual, que será determinada por el Asegurador, al margen de lo previsto por los médicos de la Seguridad Social.

FRANQUICIA:

Número de días consecutivos, contados desde la fecha en que se produce el siniestro, que no se computan a efectos del pago de la indemnización, de acuerdo con lo pactado por las partes en las Condiciones Particulares.

La franquicia únicamente será de aplicación para la garantía de Incapacidad Temporal por Accidente

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE:

La situación física e irreversible que incapacite permanentemente al asegurado, sin alcanzar el grado de total o absoluta.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE:

La situación física e irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de su profesión habitual, declarada o reconocida por el Organismo público competente.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE:

La situación física irreversible determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados, declarada o reconocida por el Organismo público competente.

GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE:

La situación física irreversible que determine la necesidad de asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, que sea declarada o reconocida por el Organismo público competente.

ACCIDENTE

La lesión corporal sobrevenida que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. En todo caso, se considerarán accidentes todos aquellos hechos catalogados como tales por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, incluso en el orden Social y Laboral.

En consecuencia, la calificación de un hecho como accidente y la graduación de la incapacidad permanente vendrán determinadas por la regulación de la Seguridad Social y/o por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, salvo para el caso de incapacidad temporal.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Tendrá la consideración de accidente de trabajo toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta del Tomador del seguro, incluyendo los ocurridos al ir o volver del lugar de trabajo (riesgo "in itinere"), y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entiende por enfermedad profesional la enfermedad contraída por el Asegurado a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del Seguro y que como tal sea reconocida por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes

Para su aceptación y, en consecuencia, su indemnización, se estará a lo dispuesto en la normativa reguladora de la Seguridad Social, siendo necesario que los organismos competentes hayan reconocido y calificado la enfermedad como enfermedad profesional contraída a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del seguro

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Tendrá tal consideración los accidentes derivados de hechos de la circulación en los términos previstos en el artículo 2 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, o la legislación que la sustituya o modifique y esté en vigor en cada momento y, además y en todo caso:

- ✓ Los accidentes acaecidos al Asegurado como peatón causado por un vehículo de cualquier tipo.
- ✓ Los sufridos por el Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre de cualquier tipo, incluyendo bicicletas.
- ✓ Los sufridos como usuario o pasajero de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

II. PERFECCION, EFECTOS Y DURACION DEL CONTRATO

Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

*Este Seguro se contrata por un año de duración y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a una nueva anualidad, y así sucesivamente al término de cada año. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de **al menos un mes de anticipación** a la conclusión del periodo del seguro en **curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el asegurador**, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro*

En caso de que la duración del seguro sea inferior al año o bien la póliza no sea renovable tácitamente a vencimiento, se indicará en las condiciones particulares, en estos casos la prórroga tácita no es aplicable y el Tomador-Mutualista podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término, tomando efecto la misma en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima. La Mutua se reserva la facultad de aceptar o no tal prórroga, la cual, de llevarse a cabo se instrumentará mediante Suplemento o Apéndice a las Condiciones Particulares.

III. PAGO DE LA PRIMA

La prima será satisfecha por anualidades anticipadas.

Al término de cada periodo de seguro, el Asegurador calculará la prima relativa a la nueva anualidad de seguro sobre la base del colectivo (número de Asegurados y sumas aseguradas por Asegurado) informado por el Tomador del seguro.

Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:

El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

Efectos de impago de la primera prima:

Si por culpa del Tomador, la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.

Consecuencias del impago de las primas sucesivas:

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima **o fracción**, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera, se aplicará el mismo régimen que al impago de primas sucesivas

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

ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO

IV. TOMADOR-MUTUALISTA

La persona física o jurídica que, juntamente con la Mutua, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado/s y/o Beneficiario/s.

V. ENTIDAD ASEGURADORA:

SURNE MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
DOMICILIO: C/ CARDENAL GARDOQUI, 1 – 48008 - BILBAO
NIF:V 48083521

VI. GRUPO ASEGURADO

Las personas físicas sobre las cuales se establece el seguro, que reúnan las correspondientes condiciones de adhesión requeridas y que en defecto del Tomador-Mutualista asumen las obligaciones derivadas del contrato.

Si se tratara de un traspaso de póliza, el grupo asegurado vendrá determinado por todas las personas incluidas en la póliza inicial

Si se tratara de póliza nueva, no podrán ser incluidas como aseguradas las personas que a la fecha de inicio de la póliza se encuentren en situación de baja laboral sometidas a tratamiento por enfermedad o accidente o tramitando expediente de invalidez ante el INSS.

No obstante, **sí podrán ser incluidas** en el supuesto de que el Asegurador hubiera **aceptado de forma expresa su cobertura**

VII. BENEFICIARIOS

Por la naturaleza de la presente póliza se conviene expresamente que el Tomador renuncia a la facultad de designación de beneficiario para la percepción de las prestaciones de este contrato concediéndola, con toda su eficacia y de forma permanente, a los Asegurados.

Por esta razón, la revocación de la designación corresponderá también a los Asegurados.

La condición de Beneficiario corresponderá a las personas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura.

- ⇒ En caso de incapacidad permanente será beneficiario el propio Asegurado.
- ⇒ En caso de fallecimiento, y a falta de designación expresa de beneficiarios, se considerarán como tales, por orden de prelación preferente y excluyente, los siguientes:
 1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
 2. Hijos, o descendientes del asegurado por partes iguales.
 3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.
 4. A falta de estos a los herederos del Asegurado

GARANTÍAS, CAPITAL ASEGURADOS Y OTROS COMPONENTES DEL RIESGO

VIII. ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA:

Quedan amparados los siniestros ocurridos en cualquier parte del mundo.

IX. OPCIONES DE COBERTURA.

En las condiciones particulares de la póliza se recogerá la opción de cobertura elegida por el Tomador-Mutualista de entre las dos siguientes:

- ⇒ Cobertura laboral.

La cobertura se limita a los accidentes admitidos y calificados como accidente de trabajo por la Seguridad Social, la Autoridad Laboral competente o los Órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

- ⇒ Cobertura Completa.

Quedan garantizados los accidentes que pueda sufrir el asegurado durante las 24 horas del día.

X. GARANTÍAS CONTRATABLES.

La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza, en caso de que ocurra alguno de los supuestos que se describen a continuación dentro de **los dos años siguientes a la ocurrencia del accidente. En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia del mismo.**

- **Garantía Principal:**
 - ⇒ **Fallecimiento por Accidente**
- **Garantías Complementarias**
 - ⇒ **Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de accidente**
 - ⇒ **Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de accidente**

- ⇒ **Gran Invalidez por accidente**
- ⇒ **Incapacidad Permanente Parcial por accidente:** La indemnización a pagar en este caso será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los porcentajes señalados en el ANEXO I. En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial sobreviniera la Muerte o Invalidez Permanente Total o Absoluta del Asegurado, las cantidades satisfechas se considerarán abonadas a cuenta de la suma total a indemnizar.

El pago por incapacidad permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez supone la extinción de toda obligación posterior respecto a ese asegurado.

- **Garantías complementarias derivadas de accidente de circulación**

Siempre que consten suscritas alguna o algunas de las garantías que se indica a continuación, la Mutua abonará en caso de siniestro por accidente de circulación el capital adicional previsto en las condiciones particulares.

- ⇒ **Fallecimiento por accidente de circulación**
- ⇒ **Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente de circulación**
- ⇒ **Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual derivada de un accidente de circulación**
- ⇒ **Gran Invalidez por accidente de circulación**

- **Asistencia Sanitaria por accidente:**

El Asegurador garantiza, **durante el plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente** y hasta la cuantía máxima señalada en las Condiciones particulares y o especiales de la póliza, lo siguiente:

- ✓ Los servicios médicos en un centro asistencial, con inclusión de los gastos derivados de los mismos, pruebas médicas (incluidos los servicios complementarios prescritos por un facultativo durante el proceso de curación en régimen no hospitalario) y quirúrgicas.
- ✓ Gastos de hospitalización entendiéndose por tales la habitación y la manutención, **sin extras**, del Centro Sanitario en que se halle internado el Asegurado.
- ✓ Traslados y desplazamientos, que incluye **únicamente** los gastos por traslado urgente del desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario donde deba recibir la debida atención médica.
- ✓ Asistencia de urgencias que comprende aquellos gastos derivados de la necesaria asistencia de carácter urgente y primeros auxilios.
- ✓ Gastos de rehabilitación física que incluye los servicios de fisioterapia y similares, que deba utilizar el Asegurado por prescripción médica durante el proceso de curación, excluyendo la rehabilitación a domicilio y en piscina.
- ✓ Gastos derivados de material de osteosíntesis entendiéndose por tal cualquier elemento empleado para la síntesis o unión de los extremos de un hueso, para soldar elementos articulares o para la provocación quirúrgica de anquilosis de una articulación hasta un límite económico por dicho concepto de 1.200 euros.

Salvo que se indique lo contrario en las Condiciones especiales **NO estarán cubiertos:**

- ✓ **Gastos farmacéuticos.**
- ✓ **Gastos de elementos auxiliares (muletas, sillas de ruedas y análogos)**
- ✓ **Gastos de material y prótesis ortopédica, dentaria, óptica o acústica.**
- ✓ **Gastos derivados de pruebas diagnósticas diferenciales o de 2ª opinión.**
- ✓ **Gastos de tratamiento que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.**

- **Incapacidad temporal por accidente:**

Siempre que conste suscrita el asegurador **pagará durante un periodo máximo de 365 días**, la indemnización acordada por cada día que el Asegurado se halle incapacitado transitoriamente para su actividad laboral o profesional, **de acuerdo con lo establecido por el Equipo Médico designado por la Mutua.**

XI. LÍMITE DE EDAD DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS.

Para todas las garantías de la presente póliza se establece como límite para la cobertura de los riesgos los 65 años de edad, salvo que en las condiciones particulares o especiales se indique lo contrario.

La cobertura se otorgará hasta la finalización de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla dicha edad.

XII. RIESGOS EXCLUIDOS.

A. Para las garantías de fallecimiento e incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, las exclusiones de la póliza son las siguientes.

- Las lesiones traumáticas no accidentales, tales como: tirones, roturas o desgarros y distensiones musculares, contracturas, tendinitis, sobreesfuerzos, torceduras y esguinces, en general, todas aquellas lesiones que no cumplan la definición de accidente (traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado).
- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de accidente, así como los que violen cualquier disposición legal.
- Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o a embriaguez, en los términos anteriormente descritos, u ocurridos en estado de enajenación mental o sonambulismo.
- Las Autolesiones, y el suicidio o su tentativa.
- Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.
- Aquellos acontecimientos que tengan la consideración legal de extraordinarios.
- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar
- Los siniestros producidos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación deportiva, Organismo o Club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.
- Ejercicio de deportes arriesgados, se consideran arriesgados:
 - Artes marciales, boxeo, karate y lucha corporal,
 - Deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores, y similares).
 - Submarinismo con empleo de aparatos de respiración
 - Automovilismo y motociclismo.
 - Alpinismo, escalada, incluyendo travesía de glaciares y espeleología, rafting y puenting.
 - Derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
 - Equitación y polo
 - Ejercicio de la caza mayor.
- Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y eventos cerebrovasculares, así como las lesiones corporales que puedan producirse a consecuencia de los mismo y consecutivas a operaciones realizadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que

sean consecuencia de un accidente.

- **Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares, cervicales y el lumbago, sea cual fuere la causa.**
- **Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.**
- **Las enfermedades infecciosas** (salvo que la penetración del virus en el cuerpo venga dada por una lesión producida por accidente cubierto en la póliza), **entre otras la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos**
- **Las lesiones causadas por los rayos X, el radium y sus compuestos**, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.
- **Accidentes causados por la participación del Asegurado en duelos, desafíos, apuestas o riñas**, salvo que, en este último caso, el Asegurado actúe en legítima defensa (**y así sea declarado por resolución judicial firme**). **Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de imprudencia temeraria o negligencia grave.**
- **Las neuropatías y algias que no den síntomas objetivables.**

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

B. Para las garantías de gastos de asistencia sanitaria e incapacidad temporal por Accidente serán de aplicación las siguientes exclusiones:

- **Todas aquellas recogidas en el anterior punto A.**

XIII. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA.

1) Variaciones en el grupo asegurado

Si se trata de una PÓLIZA INNOMINADA.

El Tomador comunicará con la periodicidad que se determine las variaciones del grupo asegurado (Altas y Bajas con sus correspondientes fechas)

En base a esa información declarada por el Tomador, la Compañía aseguradora procederá a la emisión de la correspondiente regularización en base a la prima por asegurado

Si se trata de una PÓLIZA NOMINADA.

El Tomador deberá facilitar al Asegurador con la periodicidad que se determine y en soporte informático, relación de todos los Asegurados que deban ser incluidos o dados de baja en el seguro (Altas / Bajas) indicando los siguientes datos: apellidos y nombre, fecha de nacimiento; número de identificación fiscal; fecha de alta y capital asegurados.

2) Fecha en la que toman efecto las variaciones en el colectivo

Las altas tomarán efecto desde la fecha en que el Tomador comunique a la Aseguradora que el asegurado pasa a formar parte del colectivo asegurado mediante la presente póliza.

Las bajas tomarán efecto desde la fecha en que el Tomador comunique a la Aseguradora que el Asegurado deja de formar parte del colectivo asegurado mediante la presente póliza.

3) Regularización de la prima por variaciones en el colectivo

La regularización de prima por variaciones (altas, bajas o modificaciones de sumas aseguradas y garantías) en el colectivo se efectuará al finalizar la anualidad de seguro mediante el oportuno recibo o extorno de prima.

4) Renovación de la póliza.

Si se trata de una PÓLIZA INNOMINADA, en la fecha de efecto de renovación, el Tomador facilitará al Asegurador el número de Asegurados que deban estar incluidos en el seguro en la fecha de efecto del mismo. En caso de ser preciso, el Tomador identificará el número de asegurados con las garantías y capitales asegurados.

En caso de ser una PÓLIZA NOMINADA, en la fecha de efecto de renovación, el Tomador facilitará al Asegurador en soporte informático, relación de todos los Asegurados que deban estar incluidos en el seguro indicando los siguientes datos: apellidos y nombre; fecha de nacimiento; número de identificación fiscal y capital asegurados.

Hasta el momento en que el Tomador facilite la información relativa la renovación de la póliza, el Asegurador está facultado para emitir el recibo de renovación (o recibos provisionales si así se ha convenido en la póliza), los cuales calculará en base a los datos del colectivo asegurado conocido.

Una vez conocida la información correspondiente a la nueva anualidad de seguro y, en consecuencia, calculada la prima de renovación, el Asegurador procederá a emitir la correspondiente regularización de la prima librando el oportuno recibo complementario de prima o extorno en caso de corresponder devolución de prima.

5) Anulación del seguro

En caso de anulación de este Seguro, el Tomador vendrá obligado a notificarla a todos los Asegurados que componen el grupo asegurado, quedando exento el Asegurador de cuanta responsabilidad pudiera derivarse de la falta de dicha notificación.

XIV. **REQUISITOS MÉDICOS Y CONDICIONES DE ADMISIÓN PARA NUEVAS ALTAS A LA PÓLIZA/VARIACIONES DE CAPITAL ASEGURADO O DE GARANTÍAS.**

1) Requisitos médicos y condiciones de admisión para nuevas altas al contrato

Salvo que se establezca lo contrario en las condiciones especiales de la póliza, los requisitos de adhesión serán los siguientes:

- ❖ Si el capital asegurado es igual o inferior a 100.000 Euros, no se requerirá declaración de salud o reconocimiento médico por lo que la inclusión en póliza será automática.
- ❖ Si el capital asegurado es superior a 100.000 Euros: Se podrá solicitar Declaración de Salud o Reconocimiento médico en función de la edad del asegurado

No podrán ser incluidas en la Póliza las personas que en el momento de la solicitud de alta en el Seguro se encuentren sometidas a tratamiento por enfermedad o accidente y en situación de baja laboral o tramitando expediente de Incapacidad ante el organismo competente, salvo que el Asegurador las hubiera aceptado expresamente.

2) Requisitos médicos o condiciones de admisión para variaciones de capital asegurado o de garantías

En caso de aumento del capital asegurado para todo o parte del grupo asegurado motivado por razones objetivas demostrables tales como aumento por adecuación al IPC, aumento salarial, etc... no se solicitará declaración de salud o reconocimiento médico en tanto en cuanto el incremento del capital asegurado no alcance, para cada asegurado, 50.000 €.

En caso de superar el aumento de capital dicho importe, se podrá solicitar Declaración de Salud o Reconocimiento médico en función de la edad del asegurado

En caso de que el aumento del capital asegurado sea para parte del colectivo asegurado y no esté motivado por razones objetivas demostrables, los asegurados cuyo capital asegurado se incremente en más de 25.000€ deberán someterse a Declaración de Salud o Reconocimiento médico en función de la edad del asegurado

En este supuesto, únicamente procederá el aumento del capital asegurado para el personal que se encuentre en alta laboral y no esté tramitando expediente de incapacidad en el momento de la solicitud.

Las variaciones de garantías que no estén motivadas por razones objetivas demostrables se valorarán, en cada caso, por la compañía aseguradora.

XV. CRITERIOS QUE RIGEN EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.

Se entenderá como fecha de siniestro la de ocurrencia del accidente cubierto por la póliza tanto en caso de fallecimiento como de incapacidad. **No se indemnizarán las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.**

Si la causa del siniestro es una enfermedad profesional, y siempre que figure como garantía cubierta en las condiciones especiales de la póliza y así haya sido declarada por los organismos públicos competentes, la fecha de siniestro será:

- En caso de fallecimiento la fecha de fallecimiento
- En caso de incapacidad la fecha a la que se refieran los efectos económicos que recoja la Resolución del Organismo competente.

El capital a indemnizar por la garantía que proceda será el vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro según ha quedado definida en los párrafos anteriores.

XVI. DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

A) **Fallecimiento por Accidente/ Fallecimiento por Accidente de Circulación.**

1. Original o fotocopia compulsada del Certificado Literal de Defunción.
2. D.N.I. del Asegurado y de los Beneficiarios.
3. Diligencias Judiciales y/o Atestado emitido por la autoridad competente (*).
4. Fotocopia de la autopsia e informe toxicológico, si se practicó (*).
5. Certificado del Registro de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del testamento. En determinados supuestos podrá solicitarse declaración de herederos "ab intestato".
6. Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
7. Cuenta corriente de cada uno de los Beneficiarios utilizando el IBAN.

() Cuando el accidente es declarado o aceptado como accidente laboral por la Mutua de Accidentes de Trabajo o por el Organismo jurisdiccional competente en sus resoluciones o sentencias firmes, en sustitución de los documentos indicados en los puntos 3 y 4 únicamente será preciso aportar acreditación del carácter laboral del accidente.*

B) **Incapacidad Permanente Total / Absoluta/ Gran invalidez derivada de accidente.**

1. D.N.I. del Asegurado.
2. Documentación que acredite la fecha del accidente y las circunstancias del mismo (puede ser sin carácter limitativo, el parte de accidente de trabajo, aceptación de la Mutua de Accidentes de Trabajo, diligencias judiciales, etc.).
3. Resolución expedida por la Junta de Evaluación de Incapacidades del I.N.S.S. o por el Órgano Jurisdiccional competente en su caso acreditativa de la Incapacidad Permanente Total/Absoluta/Gran Invalidez derivada de accidente. En caso de que el asegurado no sea valorado por el I.N.S.S., deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización.
4. Modelo 145: Impreso de comunicación al pagador de la situación personal y familiar del perceptor de rentas del trabajo.
5. Escrito del Tomador en el que indique si las primas del seguro son imputadas a los trabajadores y, en caso afirmativo, en qué porcentaje o cuantía. (*)
6. Cuenta corriente del Asegurado utilizando el IBAN.

() Este documento es necesario que se aporte en el momento de la comunicación del primer siniestro de incapacidad de cada anualidad de seguro. No sería preciso aportarlo en los sucesivos siniestros para el supuesto de que no cambiara el hecho de la imputación o del porcentaje de las mismas.*

C) Incapacidad Permanente Parcial derivada de Accidente.

1. D.N.I. del Asegurado
2. Documentación que acredite la fecha del accidente y las circunstancias del mismo
3. Informe médico detallado informando de las secuelas definitivas y Resolución del INSS, en su caso.
4. Cuenta corriente del Asegurado utilizando en IBAN.

D) Asistencia médica por accidente

1. D.N.I. del Asegurado.
2. Documento que acredite la fecha del accidente.
3. Parte de Accidentes de SURNE debidamente cumplimentado y en su caso sellado por el Tomador
4. Informe médico de ingreso en urgencias detallando la naturaleza, causas, circunstancias del accidente así como la dolencia que padece el asegurado consecuencia del mismo

E) Incapacidad Temporal por accidente**Tramitación del siniestro:**

Sin perjuicio de las tareas de comprobación que la Mutua lleve a cabo, el Tomador Mutualista y/o el asegurado deberá:

- 1) Remitir a la Mutua, un certificado de baja suscrito por el médico que asista al Asegurado, consignando el nombre, apellidos, domicilio y profesión del mismo; el diagnóstico y pronóstico del proceso o, en su caso, Parte de Urgencias o Informe Médico de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico (Historia del accidente, con descripción de las causas y circunstancias del mismo, sintomatología y datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito).
- 2) Remitir con la periodicidad que la Mutua fije en cada caso, un parte médico que acredite la continuidad del periodo de baja o incapacidad temporal.
- 3) Someterse a los reconocimientos médicos que el Equipo Médico designado por la Mutua considere necesarios.
- 4) Remitir el parte médico de alta seguidamente de producirse ésta, o bien dar su conformidad al que la Mutua extienda, si aún no se hubiere formulado aquella.
- 5) En caso de Hospitalización Medica es necesario enviar a la Mutua informe alta emitido por el centr hospitalario o clínica en el que figuren la fecha de entrada y fecha de salida, y, en su caso, la historia del accidente/enfermedad, sintomatología, datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito.

Devengo y pago de la indemnización:

La indemnización será devengada desde el día siguiente a la Franquicia establecida en las Condiciones Particulares, después del comienzo de la incapacidad y siempre que se den las condiciones para su devengo.

El devengo continúa hasta el fin del periodo de cobertura contratado sin poder sobrepasar **la fecha en que cumpla la edad de 65 años o sea declarado en situación de invalidez o de jubilación.**

Cesará el derecho a devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado, según el criterio del Equipo Médico designado por la Mutua, pueda reanudar su actividad profesional habitual **pues la baja objeto del presente contrato es absolutamente independiente del periodo de baja que, en su caso, otorgue al Asegurado la Seguridad Social.**

El pago se realizará el día del alta correspondiente, quedando éste expresamente excluido.

Concurrencia de Siniestros:

En el supuesto de que el Asegurado, hallándose en situación de Incapacidad Temporal sufriera un nuevo siniestro amparado en póliza, deberá comunicar el incidente a la Mutua. No se considerará un único siniestro las distintas incapacidades temporales que pudiera padecer el Asegurado cuyo origen provenga de distintas causas. **No obstante, en ningún caso podrán acumularse las prestaciones debidas por cada siniestro.**

Cuando la nueva incapacidad laboral sea originada por la misma causa o causas directamente relacionadas con la primera, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos plazos no puede superar el plazo máximo establecido a efectos de indemnización.

XVII. CLÁUSULA DE CONSORCIO**Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

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 manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 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 (900 222 665 o 952 367 042). – 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.

XVIII. DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

EL TOMADOR DEL SEGURO DECLARA HABER LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, ACEPTÁNDOLAS EXPRESAMENTE MEDIANTE DE LA FIRMA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

El Tomador

Compañía Aseguradora
SVRNE
P.P.

