

PÓLIZA DE SEGURO

Nº 51324308

| Condiciones Particulares

Página: 1

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

251-907

TOMADOR DEL SEGURO

FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA CIEGOS

N.I.F.: G81110413

PASEO DE LA HABANA NUM:208

28036 MADRID

FECHA EFECTO PÓLIZA

12 HORAS DEL DÍA 1 DE OCTUBRE DE 2016

DURACIÓN

ANUAL PRORROGABLE

FECHA DE VENCIMIENTO

EL DÍA 1 DE OCTUBRE DE CADA AÑO

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA ANUAL

16.923,16

FORMA DE PAGO

TRIMESTRAL

DESGLOSE DEL RECIBO

VALORACIÓN DESDE: 01-10-2016 HASTA: 01-01-2017

PRIMA NETA 4.230,79

CONSORCIO 36,06

TRIBUTOS 6,35

IMPUESTO PRIMAS SEGURO 253,85

IMPORTE TOTAL 4.527,05

**SUCURSAL DE SERVICIO
Y LUGAR PARA EL PAGO
DE LA PRIMA**

MADRID-ALCALA

CALLE ALCALA NUM:65

28014 MADRID

TELEF. 915750804

FAX 914318143

CORREDOR

MARSH SA

ASEGURADO	
DESCRIPCION RIESGO Nº ASEG. INNOMINADOS	FEDERADOS 600
GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE 6.010,12
	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA 12.020,24
	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE 12.020,24
	ASISTENCIA SANITARIA
ESPECIFICACIONES	

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

En ningún caso, será de aplicación lo previsto en las Condiciones Generales de la póliza (apartado 6-1.) en relación a los gastos de sepelio, y traslado de cadáver.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Traumatismos sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993. de 4 de junio.

Dentro de las garantías del seguro se incluyen los accidentes corporales por lesiones accidentales ocurridas en competiciones, durante el calentamiento y el partido y en entrenamientos organizados por los clubs.

GARANTIAS Y CAPITALES ASEGURADOS:

Fallecimiento como consecuencia de accidente deportivo; 6.010.12 Euros

Fallecimiento durante la práctica deportiva pero sin causa directa con la misma: 1.805 Euros

Invalidez permanente parcial como consecuencia de accidente deportivo, hasta el límite máximo de 12.020,24 Euros.

Invalidez permanente Absoluta como consecuencia de accidente deportivo: 12.020,24 Euros.

Asistencia sanitaria: Incluida.

COBERTURAS CUBIERTAS POR LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Asistencia sanitaria ilimitada en centros concertados por la Aseguradora. La cobertura asistencia sanitaria no incluye los gastos farmacéuticos, salvo en régimen hospitalario, con un límite de duración de 18 meses desde la fecha de ocurrencia del accidente.

Material ortopédico, quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención, por un importe del 70 por cien del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Aseguradora, en caso contrario, el asegurado tomara a su cargo la mitad de los gastos incurridos.

Asistencia dental, gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta un límite máximo de 240,40 Euros.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Aseguradora, en caso contrario, el asegurado tomara a su cargo la mitad de los gastos incurridos. Los daños en prótesis, aparatos de ortodoncia u ortopedia dentaria preexistentes quedan excluidos.

EXCLUSIONES EN LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Todo material prescrito en servicios ajenos a la Entidad Aseguradora.

Los gastos derivados de la rehabilitación en los casos siguientes:

- Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
- Los gastos por tratamiento de algias inespecíficas (no existe cauda definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y anti estrés.
- Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
- Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
- Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.
- Los gastos derivados de las pruebas de diagnósticas diferenciales o de descartes.
- Los gastos derivados de trasplante de órgano/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
- Tratamientos que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.
- Los gastos de farmacia.

Se considera accidente deportivo: Traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado. Quedando excluidas las lesiones no accidentales, tales como, entre otras, las siguientes:

- Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnostico concreto.
- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica de su deporte.
- Tendinitis no traumáticas.
- Contracturas, tirones musculares, sobreesfuerzos.
- Lesiones degenerativas.
- Gonalgias o dolores sin origen traumático (dolores de espalda, ambas rodillas etc.).
- En general, todas aquellas lesiones que no tengan un origen traumático.

EXCLUSION DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA

En tanto en cuanto el Asegurado este recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

PRESTACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurador facilitara al Tomador del seguro, el protocolo de actuación en caso de accidente deportivo cubierto por la póliza, por lo que respecta a la Asistencia sanitaria (urgencia vital, urgente y no urgente) e intervenciones quirúrgicas.

COSTE DEL SEGURO

Se establece una prima total con impuestos incluidos de 30 Euros por persona asegurada.

PERSONAS ASEGURADAS CON EDAD SUPERIOR A 70 AÑOS

Se hace constar que quedan incluidas en las coberturas y riesgos asegurados por la presente póliza las personas con edad superior a 70 años, única y exclusivamente para las garantías de Fallecimiento por accidente y Asistencia sanitaria por accidente, excluyéndose cualquier tipo de Invalidez permanente.

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

Para que el siniestro quede cubierto por la presente póliza, es requisito imprescindible que la declaración del siniestro se comunique previamente llamando al teléfono 935 950 460

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL
--

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El Tomador consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por MGS, Seguros y Reaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente le autoriza para que pueda ceder dichos datos al mediador, en su caso, y a otras entidades de seguros por razón del coaseguro de las pólizas.

Conforme a la normativa vigente, se hace constar que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Con independencia de la formalización de la póliza, el tratamiento de dichos datos tendrá además la finalidad de informarle sobre los productos y servicios financieros o de seguros, relacionados con la actividad de MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que puedan ser de su interés.

El titular de los datos podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS, Seguros y Reaseguros S.A., mediante escrito dirigido al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.

El Tomador declara asumir la obligación de comunicar al Asegurado o Beneficiario, si existieren, la inclusión de sus datos en dichos ficheros, así como su finalidad y tratamiento.

Finalmente, declara conocer que los datos facilitados en este documento constituyen la base del contrato de seguro, asumiendo por completo las responsabilidades de esos datos.

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona, España.
3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.
4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.

5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; vía fax, al número 933 217 296; así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Marqués de la Ensenada 2, 28004 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en www.mgs.es y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario al Asegurador se realizarán por escrito en el domicilio de la sucursal de servicio que figure en la póliza.

En el caso de que se realizaran a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubieran efectuado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. No obstante, las comunicaciones del Tomador al Corredor de seguros no se entenderán hechas al Asegurador.

En todo caso, se precisará del consentimiento expreso del Tomador para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el último domicilio postal declarado por aquellos.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN EN SEGUROS COLECTIVOS NO VIDA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Tomador abajo firmante reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información cuya naturaleza y aplicación en su caso se haga constar en los artículos 124, 125 y 126 del citado Reglamento, y que consta asimismo en la documentación que suscribe.

1 Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

A COBERTURA**2 Objeto del seguro**

Por el presente contrato MGS, Seguros y Reaseguros S.A. se obliga a satisfacer al ASEGURADO, o en su caso al BENEFICIARIO, las indemnizaciones pactadas para el supuesto de que sufra un accidente cubierto por la póliza.

3 Accidentes cubiertos

3.1. Se entiende por accidente cubierto por la presente póliza, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

En cualquier caso, y salvo pacto en contrario, no quedarán incluidas dentro de la cobertura de la póliza las consecuencias que sufra el ASEGURADO derivadas de infarto de miocardio.

3.2. Los accidentes de aviación que sufra el ASEGURADO quedarán incluidos, siempre que ocupe plaza como pasajero en los siguientes medios de transporte:

. Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.

. Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.

. Aparatos de transporte de pasajeros que sean propiedad del estado español u organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

3.3. Los accidentes declarados como catastróficos por el Consorcio de Compensación de Seguros se regularán de acuerdo con lo establecido en el punto 15 de la presente póliza.

4 Accidentes excluidos

No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Punto 15).

Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.

5 Personas aseguradas

Quedan amparadas por las garantías de esta póliza todas las personas menores de 70 años.

Asimismo, y en virtud de su estado de salud, disfrutarán de la cobertura de esta póliza las personas que no se encuentren afectadas con intensidad grave de cualquier enfermedad, minusvalía, defecto o lesión, tanto de carácter físico como psíquico. No tendrán la consideración de aseguradas las personas toxicómanas y alcohólicas.

6 Garantías aseguradas

El presente contrato incluye las garantías que a continuación se describen, siempre que hayan sido pactadas en la póliza.

6.1. FALLECIMIENTO

De producirse la muerte del ASEGURADO, se satisfará a los BENEFICIARIOS el capital garantizado y, adicionalmente, los gastos de sepelio, debidamente justificados, hasta el límite de 1.500 Euros. Asimismo, si el fallecimiento se produce fuera del término municipal del ASEGURADO, se incluyen dentro de esta garantía los gastos de traslado del cadáver, hasta un importe máximo de 600 Euros.

6.2. INVALIDEZ PERMANENTE

a) Absoluta: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al ASEGURADO para todo tipo de profesión u oficio y para este supuesto la indemnización a pagar será la totalidad del capital asegurado para esta garantía.

b) Parcial: Se entiende que la invalidez permanente es parcial, cualquiera que no siendo declarada como absoluta, suponga una lesión en el Asegurado que sea irreversible y le produzca pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Invalidez Permanente Parcial, los porcentajes previstos en el siguiente Baremo:

Pérdida completa o impotencia funcional completa y permanente de ambos brazos o manos o de un brazo y una pierna o de un brazo y un pie o de ambas piernas o de ambos pies	100%
Parálisis completa	100%
Trastorno mental incurable que impide cualquier tipo de trabajo	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida total de la visión de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total y absoluta del habla	60%
Pérdida total del olfato o el gusto	3%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria normal	5%
Pérdida total del maxilar inferior o mandíbula	25%
Pérdida total de un testículo	5%
Pérdida total de ambos testículos	15%

Extremidad superior

Derecho Izquierdo

Pérdida total de la extremidad superior	70%	60%
Pérdida total del antebrazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del pulgar y el índice	40%	30%
Pérdida total de 3 dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida total de 3 dedos que no sean ni pulgar ni índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar	22%	18%
Pérdida total del índice	15%	2%
Pérdida total del dedo medio, anular o meñique	8%	6%
Pérdida total del movimiento del hombro	20%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%

Extremidad inferior

Pérdida total de la pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida total de la pierna por debajo de la rodilla	40%
Pérdida total del pie comprendiendo todos los dedos	40%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de uno de los demás dedos del pie	3%
Pérdida total del movimiento del tobillo	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	20%
Pérdida total del movimiento de la cadera	20%
Acortamiento de 5 o más cm. de una extremidad inferior	8%

Columna vertebral

Hernia discal	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra hasta el 25%	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra del 26% al 50%	10%
Fractura o aplastamiento de una vértebra superior al 50%	25%

Posición Posición
neutra desfavorable

Anquilosis de la columna cervical (7 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de la columna dorsal (12 vértebras)	10%	20%
Anquilosis de la columna lumbar (5 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de toda la columna	42%	70%

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.
2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.
3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos

de las mismas pueda superar el 100%.

4. Si el ASEGURADO presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.

5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.

6. Si el ASEGURADO es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

En el supuesto que el ASEGURADO quede afectado por una Invalidez Permanente que supere el grado del 25%, podrá someterse a una intervención de cirugía estética reparadora, asumiendo el ASEGURADOR dichos gastos, hasta el 5% del capital de Invalidez Permanente, con un máximo de 3.000 Euros. La intervención o en su caso la implantación de prótesis, deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.

6.3. INVALIDEZ TEMPORAL

Se entiende por invalidez temporal la situación física determinante del impedimento total del ASEGURADO para dedicarse a sus ocupaciones profesionales, derivándose, por lo tanto, un quebranto económico en los ingresos procedentes de la actividad laboral.

A los efectos de este contrato se considerará impedimento total y consecuentemente se abonará la indemnización diaria pactada, cuando el ASEGURADO deba estar permanentemente en período de internamiento, entendiéndose por tal el tiempo durante el cual el ASEGURADO, por prescripción siempre de un médico y bajo continua asistencia médica, deba estar ingresado en un centro sanitario o permanecer en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido, o se trate de un paciente al que se le haya aplicado férulas, yesos u otro tipo de medio de fijación externa que le impida totalmente dedicarse a sus ocupaciones profesionales.

De producirse alguna de estas circunstancias, se abonará al ASEGURADO la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares, hasta que, en su caso, se determine el grado de invalidez permanente del ASEGURADO, no pudiendo superar el período máximo de 365 días, a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.

En los accidentes de tratamiento quirúrgico el plazo preoperatorio, es decir, el tiempo que medie entre la prescripción de la intervención y su realización no podrá exceder de 30 días, siendo éste el período máximo a indemnizar por el plazo de tiempo antes citado.

6.4. ASISTENCIA SANITARIA

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos que se produzcan hasta el total restablecimiento del ASEGURADO y por un plazo máximo de indemnización de 365 días.

Al propio tiempo, se entenderán incluidas las prótesis internas y los medios de fijación, tanto internos como externos. Quedan expresamente excluidas las prótesis externas y los aparatos ortopédicos.

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el ASEGURADOR.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del ASEGURADO, los costes que deberá soportar el ASEGURADOR quedarán limitados a la cifra de 600 Euros.

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

7 Ámbito de cobertura

7.1. Salvo pacto expreso, la presente póliza otorga cobertura al ASEGURADO durante las veinticuatro horas del día.

7.2. Las garantías cubiertas son válidas para cualquier parte del mundo. Cuando el accidente ocurra en el extranjero y el ASEGURADO no pueda ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en el extranjero en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 Euros.

B - SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

8 Actuación en caso de siniestro

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

Asimismo, deberán permitir la actuación de los peritos designados por el ASEGURADOR para la correcta evaluación del siniestro.

9 Indemnización por Fallecimiento

El ASEGURADOR después de calificar el siniestro como cubierto, pagará o consignará el capital asegurado una vez que el TOMADOR o BENEFICIARIOS, le hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al ASEGURADO en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de BENEFICIARIO.
- d) Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

De no existir designación expresa de BENEFICIARIO, lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales.

Si el fallecimiento del ASEGURADO sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el ASEGURADOR se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

10 Indemnización por Invalidez Permanente

El ASEGURADOR en función de la documentación facilitada por el ASEGURADO, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.

El ASEGURADOR notificará por escrito al ASEGURADO la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto al respecto por la Ley de Contrato de Seguro.

11 Indemnización por Invalidez Temporal

El ASEGURADO pondrá en conocimiento del ASEGURADOR en un plazo de 72 horas y, en todo caso, en el máximo de 7 días señalado en el punto 8 de las presentes Condiciones Generales, la fecha de ocurrencia del siniestro y sus causas, acompañando el informe médico de primera asistencia médica.

CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR

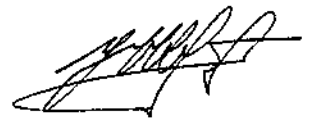
La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido a su mediador, tras recibir el oportuno asesoramiento sobre las cuestiones que, asimismo, le ha planteado.

DOCUMENTO DE 10 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN MADRID A 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016

El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.

El Tomador

MGS Seguros
El Presidente,



FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA

PÓLIZA DE SEGURO

Nº 51324308

| Condiciones Particulares

Página: 1

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS**APÉNDICE****TOMADOR DEL SEGURO**

FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA CIEGOS

N.I.F.: G81110413

PASEO DE LA HABANA NUM:208

28036 MADRID

FECHA EFECTO PÓLIZA

12 HORAS DEL DÍA 1 DE OCTUBRE DE 2016

FECHA EFECTO APÉNDICE

12 HORAS DEL DÍA 1 DE OCTUBRE DE 2016

DURACIÓN

ANUAL PRORROGABLE

FECHA DE VENCIMIENTO

EL DÍA 1 DE OCTUBRE DE CADA AÑO

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA ANUAL

16.923,16

FORMA DE PAGO

TRIMESTRAL

**SUCURSAL DE SERVICIO
Y LUGAR PARA EL PAGO
DE LA PRIMA**

MADRID-ALCALA

CALLE ALCALA NUM:65

28014 MADRID

TELEF. 915750804

FAX 914318143

CORREDOR

MARSH SA

ASEGURADO		
DESCRIPCION RIESGO Nº ASEG. INNOMINADOS	FEDERADOS 600	
GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.010,12
	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	12.020,24
	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	12.020,24
	ASISTENCIA SANITARIA	
ESPECIFICACIONES		

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

En ningún caso, será de aplicación lo previsto en las Condiciones Generales de la póliza (apartado 6-1.) en relación a los gastos de sepelio, y traslado de cadáver.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Traumatismos sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993. de 4 de junio.

Dentro de las garantías del seguro se incluyen los accidentes corporales por lesiones accidentales ocurridas en competiciones, durante el calentamiento y el partido y en entrenamientos organizados por los clubs.

GARANTIAS Y CAPITALES ASEGURADOS:

- Fallecimiento como consecuencia de accidente deportivo; 6.010.12 Euros
- Fallecimiento durante la práctica deportiva pero sin causa directa con la misma; 1.805 Euros
- Invalidez permanente parcial como consecuencia de accidente deportivo, hasta el límite máximo de 12.020,24 Euros.
- Invalidez permanente Absoluta como consecuencia de accidente deportivo; 12.020,24 Euros.
- Asistencia sanitaria: Incluida.

COBERTURAS CUBIERTAS POR LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Asistencia sanitaria ilimitada en centros concertados por la Aseguradora. La cobertura asistencia sanitaria no incluye los gastos farmacéuticos, salvo en régimen hospitalario, con un límite de duración de 18 meses desde la fecha de ocurrencia del accidente.

Material ortopédico, quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención, por un importe del 70 por cien del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Aseguradora, en caso contrario, el asegurado tomara a su cargo la mitad de los gastos incurridos.

Asistencia dental, gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta un límite máximo de 240,40 Euros.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la Aseguradora, en caso contrario, el asegurado tomara a su cargo la mitad de los gastos incurridos. Los daños en prótesis, aparatos de ortodoncia u ortopedia dentaria preexistentes quedan excluidos.

EXCLUSIONES EN LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Todo material prescrito en servicios ajenos a la Entidad Aseguradora.

Los gastos derivados de la rehabilitación en los casos siguientes:

- Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
- Los gastos por tratamiento de algias inespecíficas (no existe cauda definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y anti estrés.
- Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
- Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
- Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.
- Los gastos derivados de las pruebas de diagnósticas diferenciales o de descarte.
- Los gastos derivados de trasplante de órgano/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
- Tratamientos que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.
- Los gastos de farmacia.

Se considera accidente deportivo: Traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado. Quedando excluidas las lesiones no accidentales, tales como, entre otras, las siguientes:

- Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnóstico concreto.
- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica de su deporte.
- Tendinitis no traumáticas.
- Contracturas, tirones musculares, sobreesfuerzos.
- Lesiones degenerativas.
- Gonalgias o dolores sin origen traumático (dolores de espalda, ambas rodillas etc.).
- En general, todas aquellas lesiones que no tengan un origen traumático.

EXCLUSION DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA

En tanto en cuanto el Asegurado este recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

PRESTACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurador facilitara al Tomador del seguro, el protocolo de actuación en caso de accidente deportivo cubierto por la póliza, por lo que respecta a la Asistencia sanitaria (urgencia vital, urgente y no urgente) e intervenciones quirúrgicas.

COSTE DEL SEGURO

Se establece una prima total con impuestos incluidos de 30 Euros por persona asegurada.

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

Para que el siniestro quede cubierto por la presente póliza, es requisito imprescindible que la declaración del siniestro se comunique previamente llamando al teléfono 935 950 460

PERSONAS ASEGURADAS CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS

SE HACE CONSTAR QUE QUEDAN INCLUIDAS EN LAS COBERTURAS Y RIESGOS ASEGURADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA LAS PERSONAS CON EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA LAS GARANTÍAS DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE Y ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE, EXCLUYÉNDOSE CUALQUIER TIPO DE INVALIDEZ PERMANENTE.

AMPLIACIÓN Y MODIFICACIÓN OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

QUEDAN INCLUIDOS LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS QUE SUFRAN LOS ASEGURADOS EN ESCUELAS DEPORTIVAS.

DURANTE EL MES DE JUNIO, EL ASEGURADOR COMUNICARÁ AL TOMADOR DEL SEGURO EL COSTE DE LA POSIBLE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL PERÍODO 2017/2018.

EN EL CASO DE QUE LA FEDC COMUNIQUE UNA AMPLIACIÓN PARA COLABORADORES Y VOLUNTARIOS DE LA PÓLIZA, SE ESTABLECERÁ UNA PRIMA DE 5 EUROS ANUALES POR ASEGURADO Y UNA LIMITACIÓN DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA HASTA UN MÁXIMO DE 2.000 EUROS.

SE PROCEDERÁ A LA ELABORACIÓN CONJUNTA Y TRIPARTITA DE ARCHIVO CON CON LOS ACUERDOS QUE SE VAYAN ALCANZADO SOBRE ESTA PÓLIZA.

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL
--

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El Tomador consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por MGS, Seguros y Reaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente le autoriza para que pueda ceder dichos datos al mediador, en su caso, y a otras entidades de seguros por razón del coaseguro de las pólizas.

Conforme a la normativa vigente, se hace constar que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Con independencia de la formalización de la póliza, el tratamiento de dichos datos tendrá además la finalidad de informarle sobre los productos y servicios financieros o de seguros, relacionados con la actividad de MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que puedan ser de su interés.

El titular de los datos podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS, Seguros y Reaseguros S.A., mediante escrito dirigido al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.

El Tomador declara asumir la obligación de comunicar al Asegurado o Beneficiario, si existieren, la inclusión de sus datos en dichos ficheros, así como su finalidad y tratamiento.

Finalmente, declara conocer que los datos facilitados en este documento constituyen la base del contrato de seguro, asumiendo por completo las responsabilidades de esos datos.

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona, España.
3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.
4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.
5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; vía fax, al número 933 217 296; así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Marqués de la Ensenada 2, 28004 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en www.mgs.es y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario al Asegurador se realizarán por escrito en el domicilio de la sucursal de servicio que figure en la póliza.

En el caso de que se realizaran a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubieran efectuado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. No obstante, las comunicaciones del Tomador al Corredor de seguros no se entenderán hechas al Asegurador.

En todo caso, se precisará del consentimiento expreso del Tomador para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el último domicilio postal declarado por aquellos.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN EN SEGUROS COLECTIVOS NO VIDA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Tomador abajo firmante reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información cuya naturaleza y aplicación en su caso se haga constar en los artículos 124, 125 y 126 del citado Reglamento, y que consta asimismo en la documentación que suscribe.

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL APÉNDICE

Las Condiciones Particulares del presente apéndice sustituyen a las anteriores en su totalidad.

1 Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

A COBERTURA**2 Objeto del seguro**

Por el presente contrato MGS, Seguros y Reaseguros S.A. se obliga a satisfacer al ASEGURADO, o en su caso al BENEFICIARIO, las indemnizaciones pactadas para el supuesto de que sufra un accidente cubierto por la póliza.

3 Accidentes cubiertos

3.1. Se entiende por accidente cubierto por la presente póliza, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

En cualquier caso, y salvo pacto en contrario, no quedarán incluidas dentro de la cobertura de la póliza las consecuencias que sufra el ASEGURADO derivadas de infarto de miocardio.

3.2. Los accidentes de aviación que sufra el ASEGURADO quedarán incluidos, siempre que ocupe plaza como pasajero en los siguientes medios de transporte:

. Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.

. Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.

. Aparatos de transporte de pasajeros que sean propiedad del estado español u organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

3.3. Los accidentes declarados como catastróficos por el Consorcio de Compensación de Seguros se regularán de acuerdo con lo establecido en el punto 15 de la presente póliza.

4 Accidentes excluidos

No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Punto 15).

Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.

5 Personas aseguradas

Quedan amparadas por las garantías de esta póliza todas las personas menores de 70 años.

Asimismo, y en virtud de su estado de salud, disfrutarán de la cobertura de esta póliza las personas que no se encuentren afectadas con intensidad grave de cualquier enfermedad, minusvalía, defecto o lesión, tanto de carácter físico como psíquico. No tendrán la consideración de aseguradas las personas toxicómanas y alcohólicas.

6 Garantías aseguradas

El presente contrato incluye las garantías que a continuación se describen, siempre que hayan sido pactadas en la póliza.

6.1. FALLECIMIENTO

De producirse la muerte del ASEGURADO, se satisfará a los BENEFICIARIOS el capital garantizado y, adicionalmente, los gastos de sepelio, debidamente justificados, hasta el límite de 1.500 Euros. Asimismo, si el fallecimiento se produce fuera del término municipal del ASEGURADO, se incluyen dentro de esta garantía los gastos de traslado del cadáver, hasta un importe máximo de 600 Euros.

6.2. INVALIDEZ PERMANENTE

a) Absoluta: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al ASEGURADO para todo tipo de profesión u oficio y para este supuesto la indemnización a pagar será la totalidad del capital asegurado para esta garantía.

b) Parcial: Se entiende que la invalidez permanente es parcial, cualquiera que no siendo declarada como absoluta, suponga una lesión en el Asegurado que sea irreversible y le produzca pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Invalidez Permanente Parcial, los porcentajes previstos en el siguiente Baremo:

Pérdida completa o impotencia funcional completa y permanente de ambos brazos o manos o de un brazo y una pierna o de un brazo y un pie o de ambas piernas o de ambos pies	100%
Parálisis completa	100%
Trastorno mental incurable que impide cualquier tipo de trabajo	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida total de la visión de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total y absoluta del habla	60%
Pérdida total del olfato o el gusto	3%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria normal	5%
Pérdida total del maxilar inferior o mandíbula	25%
Pérdida total de un testículo	5%
Pérdida total de ambos testículos	15%

Extremidad superior

Derecho Izquierdo

Pérdida total de la extremidad superior	70%	60%
Pérdida total del antebrazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del pulgar y el índice	40%	30%
Pérdida total de 3 dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida total de 3 dedos que no sean ni pulgar ni índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar	22%	18%
Pérdida total del índice	15%	2%
Pérdida total del dedo medio, anular o meñique	8%	6%
Pérdida total del movimiento del hombro	20%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%

Extremidad inferior

Pérdida total de la pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida total de la pierna por debajo de la rodilla	40%
Pérdida total del pie comprendiendo todos los dedos	40%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de uno de los demás dedos del pie	3%
Pérdida total del movimiento del tobillo	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	20%
Pérdida total del movimiento de la cadera	20%
Acortamiento de 5 o más cm. de una extremidad inferior	8%

Columna vertebral

Hernia discal	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra hasta el 25%	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra del 26% al 50%	10%
Fractura o aplastamiento de una vértebra superior al 50%	25%

Posición Posición
neutra desfavorable

Anquilosis de la columna cervical (7 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de la columna dorsal (12 vértebras)	10%	20%
Anquilosis de la columna lumbar (5 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de toda la columna	42%	70%

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.
2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.
3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos

de las mismas pueda superar el 100%.

4. Si el ASEGURADO presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.

5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.

6. Si el ASEGURADO es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

En el supuesto que el ASEGURADO quede afectado por una Invalidez Permanente que supere el grado del 25%, podrá someterse a una intervención de cirugía estética reparadora, asumiendo el ASEGURADOR dichos gastos, hasta el 5% del capital de Invalidez Permanente, con un máximo de 3.000 Euros. La intervención o en su caso la implantación de prótesis, deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.

6.3. INVALIDEZ TEMPORAL

Se entiende por invalidez temporal la situación física determinante del impedimento total del ASEGURADO para dedicarse a sus ocupaciones profesionales, derivándose, por lo tanto, un quebranto económico en los ingresos procedentes de la actividad laboral.

A los efectos de este contrato se considerará impedimento total y consecuentemente se abonará la indemnización diaria pactada, cuando el ASEGURADO deba estar permanentemente en período de internamiento, entendiéndose por tal el tiempo durante el cual el ASEGURADO, por prescripción siempre de un médico y bajo continua asistencia médica, deba estar ingresado en un centro sanitario o permanecer en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido, o se trate de un paciente al que se le haya aplicado férulas, yesos u otro tipo de medio de fijación externa que le impida totalmente dedicarse a sus ocupaciones profesionales.

De producirse alguna de estas circunstancias, se abonará al ASEGURADO la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares, hasta que, en su caso, se determine el grado de invalidez permanente del ASEGURADO, no pudiendo superar el período máximo de 365 días, a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.

En los accidentes de tratamiento quirúrgico el plazo preoperatorio, es decir, el tiempo que media entre la prescripción de la intervención y su realización no podrá exceder de 30 días, siendo éste el período máximo a indemnizar por el plazo de tiempo antes citado.

6.4. ASISTENCIA SANITARIA

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos que se produzcan hasta el total restablecimiento del ASEGURADO y por un plazo máximo de indemnización de 365 días.

Al propio tiempo, se entenderán incluidas las prótesis internas y los medios de fijación, tanto internos como externos. Quedan expresamente excluidas las prótesis externas y los aparatos ortopédicos.

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el ASEGURADOR.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del ASEGURADO, los costes que deberá soportar el ASEGURADOR quedarán limitados a la cifra de 600 Euros.

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

7 Ámbito de cobertura

7.1. Salvo pacto expreso, la presente póliza otorga cobertura al ASEGURADO durante las veinticuatro horas del día.

7.2. Las garantías cubiertas son válidas para cualquier parte del mundo. Cuando el accidente ocurra en el extranjero y el ASEGURADO no pueda ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en el extranjero en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 Euros.

B - SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

8 Actuación en caso de siniestro

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

Asimismo, deberán permitir la actuación de los peritos designados por el ASEGURADOR para la correcta evaluación del siniestro.

9 Indemnización por Fallecimiento

El ASEGURADOR después de calificar el siniestro como cubierto, pagará o consignará el capital asegurado una vez que el TOMADOR o BENEFICIARIOS, le hayan presentado los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al ASEGURADO en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de BENEFICIARIO.
- d) Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

De no existir designación expresa de BENEFICIARIO, lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales.

Si el fallecimiento del ASEGURADO sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el ASEGURADOR se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

10 Indemnización por Invalidez Permanente

El ASEGURADOR en función de la documentación facilitada por el ASEGURADO, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.

El ASEGURADOR notificará por escrito al ASEGURADO la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto al respecto por la Ley de Contrato de Seguro.

11 Indemnización por Invalidez Temporal

El ASEGURADO pondrá en conocimiento del ASEGURADOR en un plazo de 72 horas y, en todo caso, en el máximo de 7 días señalado en el punto 8 de las presentes Condiciones Generales, la fecha de ocurrencia del siniestro y sus causas, acompañando el informe médico de primera asistencia médica.

CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR

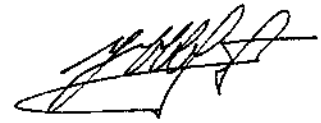
La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido a su mediador, tras recibir el oportuno asesoramiento sobre las cuestiones que, asimismo, le ha planteado.

DOCUMENTO DE 10 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN MADRID A 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016

El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.

El Tomador

MGS Seguros
El Presidente,



FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA