

TOMADOR DEL SEGURO

JOSE JESUS CERRO LOPEZ
N.I.F.: 21493043A
CALLE ROMULO NUM:1 PISO:5
03016 ALICANTE/ALACANT

COMUNICACIÓN

CALLE ROMULO NUM:1 PISO:5
03016 ALICANTE/ALACANT
TELÉFONO MÓVIL: 646617779
CORREO ELECTRÓNICO: INFO@PADELAMIGOS.ES

FECHA DE EFECTO

0 HORAS DEL DÍA 10 DE ABRIL DE 2022

DURACIÓN

HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2022

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA

2.000,00

FORMA DE PAGO

ÚNICA

DESGLOSE DEL RECIBO

VALORACIÓN DESDE: 10-04-2022 HASTA: 30-11-2022

PRIMA NETA	2.000,00
CONSORCIO	5,78
TRIBUTOS	3,00
IMPUESTO PRIMAS SEGURO	160,00
IMPORTE TOTAL	2.168,78

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

ALICANTE TELEF. 965218118
AVENIDA FEDERICO SOTO NUM:15 PISO:ENTL
03003 ALICANTE/ALACANT

DISTRIBUIDOR

ELVIRA MARHUENDA GONZALEZ
Actúa en nombre y por cuenta de MGS Seguros y Reaseguros S.A., con la que está obligado a distribuir en exclusiva, como AGENTE EXCLUSIVO, inscrito en la DGSFP con la clave de registro C079448362539W, datos que pueden comprobarse en www.dgsfp.mineco.es.
La remuneración del distribuidor está incluida en la prima de seguro.

ASEGURADO

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

TORNEOS DE PADEL A CELEBRAR DESDE EL DIA 10 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2022 EN 20 CLUBS DEPORTIVOS DE ALICANTE, ELCHE, SAN VICENTE DEL RASPIG, MUTXAMEL, VEGA BAJA, VINALOPO, ORIHUELA, BENIDORM Y LA NUCIA.

Nº ASEG. INNOMINADOS

250

GARANTÍAS

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	12.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	12.000,00
ASISTENCIA SANITARIA	

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos:

Finalidades:

- Gestión de los contratos de seguro.
- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones.
- Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual.
- Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.

Legitimación:

- Consentimiento contractual.
- Interés legítimo del responsable del tratamiento.
- Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Destinatarios:

- En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Derechos:

- A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento.

Procedencia:

- En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento.

Información adicional:

- Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de nuestra página web www.mgs.es

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, y de la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, de su Reglamento de desarrollo y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto, 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 Paseo María Agustín, nº 4, 50004, Zaragoza, España.
3. Puede acceder informe sobre la situación financiera de la solvencia de la Entidad a través de nuestra página web www.mgs.es o solicitarlo en cualquiera de nuestras oficinas.
4. 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 Empresa del Estado Español.

5. 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.

6. 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 918 073 709, 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 Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid, al teléfono 913 104 043, así como a través del 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 o a www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones.

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 a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Por vía postal.
- Telefónicamente, incluso por mensaje de texto.
- Correo electrónico.

El Tomador será responsable de comunicar al Asegurador cualquier modificación de domicilio postal, teléfono y dirección de correo electrónico con el fin de mantener actualizada la información de contacto. El Asegurador realizará la comunicación utilizando el último dato informado por el Tomador de cada uno de estos medios.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador que suscribe reconoce haber recibido en este momento y con anterioridad a la celebración del contrato de seguro la información prevista en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras así como y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 7 y 8 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, y el artículo 27 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico y según la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, así como, en su caso, el documento de información sobre el producto de seguro según el Reglamento de ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017 y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto.

1. SUJECCIÓN 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 y a la Ley 50/80 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Son válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la citada Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

2. DEFINICIONES

. TOMADOR. Es la persona física o jurídica que contrata la póliza con MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que asume las obligaciones y los deberes derivados del contrato, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.

. ASEGURADO. Es la persona física sobre la que se establece el seguro y que en ausencia del Tomador del seguro asume las obligaciones del contrato.

. ASEGURADOR. Es MGS, Seguros y Reaseguros S.A., quien emite esta póliza y que, mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto del contrato con arreglo a las Condiciones Generales y Particulares de la misma.

. BENEFICIARIO. Es la persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro.

. PÓLIZA DE SEGURO. Es el documento que contiene las Condiciones Generales de este contrato y las Particulares que identifican y regulan el riesgo objeto de cobertura. Formarán parte, asimismo, de la póliza siempre que hayan sido formalizadas por escrito, las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del seguro.

. PRIMA. Es el precio del seguro, más los recargos e impuestos.

. DURACIÓN DEL SEGURO. Es el periodo de tiempo pactado en la póliza durante el cual el Asegurador asume la cobertura del riesgo.

. SINIESTRO. Evento o acontecimiento previsto en la póliza que, siendo objeto de cobertura, puede dar lugar a indemnización.

. SUMA ASEGURADA. Es la cantidad fijada en cada una de las garantías de la póliza y representa el límite máximo de indemnización a pagar por el Asegurador en caso de siniestro.

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

. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL: Se entiende que la invalidez permanente es total cuando inhabilite por completo al Asegurado para el desempeño de todas o las fundamentales tareas de su profesión declarada en la solicitud, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al Asegurado para todo tipo de profesión u oficio.

. INVALIDEZ PERMANENTE 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 la pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo.

3. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato el Asegurador se obliga a satisfacer al Asegurado, o en su caso al Beneficiario, las indemnizaciones pactadas en la presente póliza, cuando el asegurado, incluido en la relación facilitada por el Tomador, sufra un accidente **en el ejercicio de la actividad declarada en las Condiciones Particulares**.

En el caso de que fallezca un Asegurado que no hubiera cumplido los 14 años de edad en la fecha del accidente, la indemnización que el Asegurador abonará, será en concepto de gastos de sepelio y traslado del cadáver, cuyo importe no podrá ser superior al que figura en concepto de capital de fallecimiento.

4. ACCIDENTES CUBIERTOS

. 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 absoluta, parcial o total, o muerte del Asegurado, **dentro del plazo de 365 días desde su ocurrencia**.

. Los accidentes que tengan la consideración legal de extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

5. EXCLUSIONES GENERALES

. Los accidentes que tengan la consideración legal de extraordinarios y que no hayan sido cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

. Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato o la fecha de adhesión de algún nuevo asegurado, aun cuando las consecuencias del accidente persistan, se manifiesten, se reclamen o se determinen durante la vigencia del mismo.

. La incapacidad o el fallecimiento producidos después de transcurridos 365 días desde la ocurrencia del accidente.

. Las enfermedades de cualquier naturaleza, aun cuando sean declaradas por la Seguridad Social como accidente de trabajo.

. Las consecuencias de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurismas, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado, cualquiera que sea su causa.

. Los accidentes que sean consecuencia de la participación en cualquier tipo de entrenamiento, prueba, o competición deportiva de velocidad o aérea.

. Los accidentes ocurridos durante la práctica de deportes de aventura como el parapente, paracaidismo, puenting, barranquismo, rafting, etc., ni cualquier otra actividad deportiva o lúdica con características de riesgo similares a las descritas, así como esquí acrobático, fuera de pistas o con saltos de trampolín. Solamente se entenderán garantizadas cuando figuren expresamente incluidas en la póliza mediante la oportuna cláusula especial.

. La práctica profesional de cualquier deporte.

. Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.

. Lesiones que no tengan un origen traumático, las derivadas de enfermedades o patologías crónicas, las originadas por microtraumatismos repetitivos, las degenerativas, las gonalgias y los dolores sin origen traumático.

6. PERSONAS ASEGURADAS

Quedan amparadas por las garantías de esta póliza las personas menores de 70 años, salvo que en alguna garantía concreta se establezca otra cosa.

En ningún caso el Asegurador se hará cargo de siniestros de personas que no acrediten la pertenencia al colectivo asegurado.

7. DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al teléfono 917 572 404 o a la dirección de MGS SEGUROS el acaecimiento del siniestro en un plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

8. RÉGIMEN DE ALTAS Y BAJAS

Queda expresamente convenido que el Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador todos los cambios de personas que se produzcan en el colectivo asegurado.

De acuerdo con esta información, el asegurador tiene que proceder a emitir un suplemento de regularización de primas, una vez efectuados los cálculos sobre la media del número de personas realmente aseguradas, durante el periodo contratado, y su comparación con el número que figuraba a la póliza en la fecha inicial de este mismo periodo.

Si las variaciones en el colectivo asegurado generan una prima de signo positivo o negativo, se procederá a facturar al Tomador del seguro el correspondiente cargo o abono.

9. GARANTÍAS ASEGURADAS

El presente contrato incluye las garantías que se indican a continuación:

.Fallecimiento por accidente

De producirse el fallecimiento del Asegurado dentro del plazo de 365 días desde la ocurrencia del accidente, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital garantizado.

.Invalidez Permanente Absoluta por accidente

En el caso de que el Asegurado resulte afecto de una Invalidez Permanente Absoluta dentro del plazo de 365 días desde la ocurrencia del accidente, el Asegurador le abonará la indemnización prevista para esta garantía en las Condiciones Particulares.

.Invalidez Permanente Parcial por accidente

En el caso de que el Asegurado resulte afecto de una Invalidez Permanente Parcial dentro del plazo de 365 días desde la ocurrencia del accidente, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Invalidez Permanente Absoluta 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%	12%
Pérdida total del dedo medio, anular o meñique	8%	6%
Pérdida total del movimiento del hombro	25%	20%
Pérdida total del movimiento del codo	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%

En posición neutral En posición 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 por cien del capital garantizado para esta garantía.
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.
7. **En ningún caso se valorarán las secuelas puramente estéticas.**

En el supuesto que el Asegurado quede afectado por una Invalidez Permanente que supere el grado del 25 por cien, y se someta a una intervención de cirugía estética reparadora, el Asegurador asumirá dichos gastos, **hasta el 5 por cien del capital de Invalidez Permanente Absoluta, con un máximo de 3.000 Euros. La intervención deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.**

.Asistencia sanitaria por accidente

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios, farmacéuticos y de rehabilitación que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado **por un plazo máximo de prestación de 365 días desde la ocurrencia del accidente.**

Se entenderán incluidas las prótesis, así como también los medios de fijación internos. En cuanto a los medios de fijación externos quedarán incluidos **siempre que sean prescritos por los facultativos del Asegurador por entenderse necesarios para la curación del Asegurado. Las prótesis dentales quedarán incluidas hasta un importe máximo de 100 Euros por pieza.**

Al propio tiempo, en caso de producirse la hospitalización del Asegurado quedará incluidos en los gastos de habitación la cama para acompañante, salvo imposibilidad manifiesta, como por ejemplo, cuando la hospitalización sea en UVI.

Asimismo, y siempre que el Asegurado precise de tratamiento de rehabilitación prescrito por los facultativos que lo hayan atendido, se le abonarán los gastos de locomoción desde su domicilio hasta el centro asistencial **con un máximo de 950 Euros por proceso de rehabilitación.**

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.**

Mediante la presente cobertura y siempre que la causa de la lesión sea por un accidente Garantizado en póliza, el asegurador reembolsará al asegurado los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada en centros médicos autorizados por las Autoridades Sanitarias. **Dicho reembolso de gastos se limita a la cifra de 600 Euros.**

Si el accidente ocurre en el extranjero y el Asegurado no puede ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en concepto de asistencia sanitaria, **se limitarán a 6.000 Euros.**

En cualquier caso, está cubierta la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

- Indemnización Fallecimiento por accidente

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:

.Fotocopia del D.N.I. / N.I.F. / N.I.E. de los Beneficiarios.

.Certificado de defunción del Asegurado.

.Informe médico de los facultativos que hayan asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

.Si constan como Beneficiario/s el cónyuge y/o los hijos, fotocopia del Libro de Familia.

.Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades.

.Copia del último testamento del Asegurado, si lo hubiere.

.En caso de no existir Beneficiario expresamente designado en póliza, ni consten como tal el cónyuge o los hijos, ni exista testamento, se deberá presentar la Escritura de Declaración de Herederos ab intestato.

.Carta de pago o documento de exención de los Impuestos que procedan.

De no existir designación expresa de Beneficiario lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge (a excepción de que exista una sentencia de separación judicial), los hijos, a partes iguales, y los herederos.

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 Asegurado se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

- Indemnización Invalidez Permanente por accidente

En caso de ocurrencia de siniestro, el Asegurado deberá facilitar al Asegurador informes médicos de los facultativos que le hayan asistido, en los que constará con detalle la causa, duración y consecuencias de las lesiones que produjeron la invalidez.

El Asegurado permitirá cuantos reconocimientos consideren oportunos los servicios médicos del Asegurador, así como proporcionará cuantos datos o informaciones se le soliciten para comprobar la existencia de la invalidez y sus causas.

En función de la documentación facilitada por el Asegurado, así como la obtenida por sus propios medios, el Asegurador 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.

El trámite pericial puede iniciarse a instancias del Asegurado o del Asegurador. Es decir, el reclamante puede iniciar el procedimiento mediante nombramiento de perito, comunicándolo por escrito a la entidad aseguradora.

En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente al Asegurador para que en plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo.

Si el Asegurador no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito del Asegurado y quedará vinculado por el mismo.

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

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial.

Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito, y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

- Indemnización Asistencia Sanitaria por accidente

En el caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el Asegurador facilitará al Asegurado el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia, para lo cual deberá llamar al número 917 572 404.

10 RIESGOS EXTRAORDINARIOS

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.

10.1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

10.1.1. 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.

10.1.2. 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».

10.1.3. 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.

10.2. 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.

11. ASPECTOS RELATIVOS AL CONTRATO

11.1. Generales

El contenido de la póliza no podrá diferir de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas. Si se diere tal circunstancia el Tomador podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o se había producido el evento objeto de cobertura.

11.2. En caso de siniestro

Si el Asegurado provocara intencionadamente el accidente el Asegurador se libera del cumplimiento del pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro.

Si fuere el Beneficiario el que causare dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización por causa de muerte corresponderá al resto de Beneficiarios, si los hubiere y, en su defecto, al Tomador o en su caso a los herederos de éste.

En aquellos siniestros en los que el Tomador tenga la condición de Asegurado o Beneficiario, el Asegurador podrá proceder al pago de la indemnización en la cuenta bancaria que conste indicada en cada momento para la domiciliación de los recibos de prima.

11.3. Duración

La duración del contrato será la determinada en la póliza. Sin embargo, y según se disponga en el contrato de seguro, podrá prorrogarse una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

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

11.4. Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años contados a partir del día en que pudieron ejercitarse.

11.5. Jurisdicción

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Tomador o Asegurado.

11.6. Derechos y obligaciones del Asegurador

11.6.1. Generales

El Asegurador entregará al Tomador la póliza de seguro o, al menos el documento de cobertura provisional. Todas sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

Está obligado, también, a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de la prestación garantizada.

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

11.6.2. Relativos al siniestro

Si el Asegurador no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro ni hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, por motivos que le sean imputables, incurrirá en mora en el pago, que consistirá en aplicar sobre la indemnización un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en cada momento incrementado en un 50 por 100. Transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Una vez pagada la indemnización, y por lo que se refiere a los gastos de asistencia sanitaria, el Asegurador podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

11.7. Derechos y obligaciones del Tomador o Asegurado

11.7.1. Relativos al contrato de seguro

El Tomador y/o el Asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

De igual forma el Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se consideran agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato en cuyo caso el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, trascurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ochos siguientes comunicará al Tomador su rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

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

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución

de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

11.7.2. Relativos al pago de la prima

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima. La primera prima será exigible una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

Si la forma de pago de la prima fuera mediante domiciliación bancaria, el pago de los recibos sólo se entenderá satisfecho cuando, presentados a su cobro, son debidamente abonados por la entidad financiera. En cualquier otro caso la prima se considerará impagada siempre que dicho impago sea imputable al Tomador.

11.7.3. Relativos a la ocurrencia del siniestro

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicha obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador había tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador o el Asegurado deberán, además, facilitar al Asegurador cuanta información posean sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. Asimismo, y por lo que se refiere a los gastos de asistencia sanitaria, deberán facilitarle el ejercicio de las acciones de subrogación o repetición que le pudieren corresponder.

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.

DOCUMENTO DE 13 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN ALICANTE/ALACANT A 8 DE ABRIL DE 2022

Con el objetivo de dotar al presente contrato de mayor seguridad, este documento incorpora un certificado electrónico emitido por CA - MGS, Seguros y Reaseguros S.A. y un código seguro de verificación generado específicamente acorde a su contenido.

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,



JOSE JESUS CERRO LOPEZ