

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA
DEPORTISTAS FEDERADOS**

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre), por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE 5 de noviembre), y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que les sean aplicables, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, así como sus anexos, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos como Pacto Adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

ARTÍCULO 1º DEFINICIONES

ASEGURADOR: ARESA SEGUROS GENERALES, S.A., quien asume la cobertura de los riesgos del contrato, de acuerdo con las garantías pactadas.

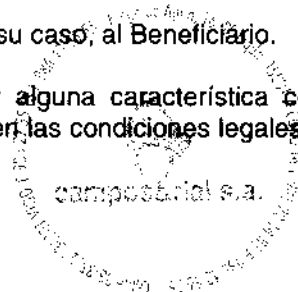
TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que suscribe este Contrato con el Asegurador y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

El Tomador del seguro podrá actuar con cualquiera de las siguientes condiciones al suscribir la póliza:

- a) Con el carácter de Tomador por cuenta propia y en nombre propio, en cuyo supuesto, coincidirá en él las figuras Contratante y Asegurado.
- b) Por cuenta ajena y en nombre propio. En tal caso, el Tomador del seguro y el Asegurado son personas distintas, entendiéndose que el primero gestiona el interés del segundo.
- c) Por cuenta ajena y en nombre ajeno, en cuyo supuesto interviene en representación de otra persona, debiendo acreditar sus facultades para actuar con tal carácter.

Los derechos que deriven del contrato corresponderán al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta a la intención de asegurarse y que, cada una de las cuales, cumplen las condiciones legales para ser Asegurado.



ASEGURADO: Cada una de las personas físicas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisfacen las condiciones de adhesión al Seguro y figura en la relación de personas incluidas en el mismo.

GRUPO ASEGURADO: Es el conjunto de Asegurados.

BENEFICIARIOS: La persona o personas a las que corresponda percibir la indemnización prevista en el Contrato. En caso de que el Asegurado sobreviva al accidente, será el único Beneficiario.

PÓLIZA: Es el documento que contiene las Condiciones que regulan el Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales y las Particulares que incluirán la Relación de Asegurados, si la hubiera, así como los Suplementos y/o Apéndices que se emitan para completarlas o modificarlas.

PRIMA: Es el precio del Seguro. Cada recibo de prima contendrá también los Recargos, Tasas e Impuestos que sean de legal aplicación.

CAPITAL ASEGURADO: Es la cantidad fijada en las Condiciones Particulares para cada garantía.

ACCIDENTE DEPORTIVO: Se entiende por Accidente Deportivo la lesión corporal objetivamente derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca Invalidez Temporal o Permanente o Muerte, producida con motivo de la práctica oficial de un deporte objeto de licencia federativa.

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza. Se considera que constituye un único siniestro el conjunto de prestaciones o servicios derivados de una misma causa.

LESIÓN: Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO: Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

PRÓTESIS: Todo elemento de cualquier naturaleza que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos.

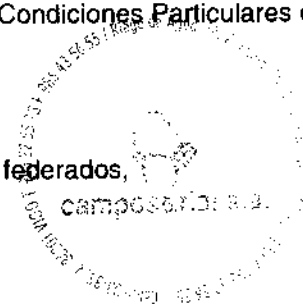
URGENCIA: Es aquella situación que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del Asegurado

ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO

Son objeto de cobertura las lesiones corporales producidas en **Accidentes Deportivos** sufridos en la práctica oficial de los deportes cuyas federaciones suscriban pólizas de seguros en los términos previstos en el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio.

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta Póliza, cuando el Asegurado sufra un Accidente Deportivo durante:

- a) Las competiciones oficiales de ámbito estatal,
- b) Los calentamientos y entrenamientos organizados por los clubes federados,



- c) Los accidentes que sufra el Asegurado al ir y volver a las competiciones oficiales, calentamientos y entrenamientos organizados por los clubes federados (riesgo “in itinere”), mediante el uso como conductor o pasajero, de vehículos privados de transporte terrestre y vehículos públicos de transporte terrestre, marítimo o aéreo en líneas regulares y/o vuelos charter, debidamente autorizados. En este supuesto esta póliza garantizará el exceso o defecto de cualquier otra póliza que pudiera estar contratada por el vehículo siniestrado afecto o cualquier otro medio de locomoción utilizado.

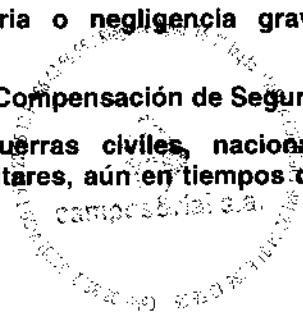
Asimismo, el Asegurador, dentro de los límites y condiciones estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales sanitarios y centros sanitarios autorizados e incluidos en un Cuadro Médico o Catálogo de Servicios de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en caso de Accidente Deportivo que cause lesiones corporales. El Asegurado podrá elegir el prestador del servicio sanitario objeto de cobertura.

ARESA se hará cargo, siempre que se cumplan las previsiones de esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales y centros sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

ARTÍCULO 3º RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de esta póliza:

- a) **Los hechos que no tengan la consideración de Accidente Deportivo, de acuerdo con la definición establecida en este contrato.**
- b) **Los accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, así como las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- c) **Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, así como el suicidio o su tentativa.**
- d) **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las de origen cardiovascular, expresamente el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral o lesión similar de origen endógeno, aún cuando sean consideradas por los Organismos competentes como accidente laboral.**
- e) **Las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente cubierto por la póliza.**
- f) **Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza, salvo que sean ocasionadas por un accidente cubierto por la póliza.**
- g) **Las hernias, tirones, desgarros musculares, lumbalgias, cervicalgias, cuyo origen no tenga carácter traumático y no se produjesen en accidente cubierto por la póliza.**
- h) **El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o cualquiera de sus enfermedades asociadas, así como el estado de seropositividad por VIH.**
- i) **Los accidentes y lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes u otras drogas no prescritas por el médico.**
- j) **Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente.**
- k) **Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.**
- l) **Los accidentes que ocurran como consecuencia de guerras civiles, nacionales o internacionales, invasiones, insurrecciones y maniobras militares, aún en tiempos de paz,**



ARESA SEGUROS GENERALES, S.A. asume la cobertura de aquellos de los riesgos que a continuación se indican que hayan sido pactados en las Condiciones Particulares y con los límites que en ellas se determinan:

5.1 FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

- Fallecimiento del Asegurado cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva: Será aquel que sea consecuencia directa de la práctica deportiva bajo licencia federativa objeto de seguro y definida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

-Fallecimiento no causado directamente por la práctica deportiva: Será aquél que se produzca en la práctica deportiva bajo licencia federativa objeto de seguro y definida en las Condiciones Particulares de la Póliza., pero sin que ésta sea la causa directa del mismo.

ARESA SEGUROS GENERALES, S.A. pagará a los Beneficiarios el Capital fijado para esta garantía en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura cesará en la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de 65 años, salvo pacto expreso entre la partes.

5.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL

ARESA SEGUROS GENERALES S.A. pagará al Asegurado el Capital contratado en las Condiciones Particulares para esta garantía, cuando el Asegurado a causa de un accidente que sea causa directa de la práctica deportiva bajo licencia federativa objeto de seguro y definida en las Condiciones Particulares de la póliza sufra una invalidez permanente, ya sea total o parcial.

Se entenderá como Invalidez Permanente Total: Toda lesión de carácter permanente cuyas secuelas imposibiliten al Asegurado para desempeñar cualquier tipo de actividad.

Tendrá la consideración de Invalidez Permanente Parcial: Las pérdidas anatómicas o funcionales que originen al Asegurado secuelas físicas irreversibles.

Esta cobertura cesará en la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de 65 años, salvo pacto expreso entre la partes.

5.3 INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Cuando el Asegurado quede afecto de una Invalidez Permanente Parcial a causa de un accidente que sea causa directa de la práctica deportiva bajo licencia federativa objeto de seguro y definida en las Condiciones Particulares de la póliza, ARESA SEGUROS GENERALES, S.A. indemnizará al Asegurado con el importe resultante de aplicar, sobre el Capital Asegurado en la Cobertura de Invalidez Permanente Total, el porcentaje correspondiente al grado de Invalidez Permanente Parcial, de acuerdo con el BAREMO que se establezca en la Condiciones Particulares de la Póliza

Si el Asegurado resulta con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será la suma de los respectivos porcentajes, con el límite máximo del 100% del Capital Asegurado para la cobertura de Invalidez Permanente Total, sin que, en ningún caso, la suma de indemnizaciones por pérdidas parciales de un miembro pueda ser superior a la que correspondería por la pérdida total o funcional del mismo.

Si al ocurrir el Accidente, motivo de indemnización, el Asegurado presentaba ya una pérdida anatómica o funcional, dicha indemnización se verá reducida en el porcentaje que corresponda a la pérdida ya existente.

Si después del pago de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial el Asegurado muere a consecuencia del mismo accidente, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de Muerte, si ésta es superior; en caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del Beneficiario.

La Invalidez Permanente Parcial queda limitada (salvo pacto en contrario) en los siguientes aspectos:

No se aplicará a:

**Personas mayores de 65 años
Pólizas sin relación nominal de Asegurados**

Esta cobertura, que no podrá contratarse separadamente de la Garantía de Invalidez Permanente Total, cesará en la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de 65 años, salvo pacto expreso entre la partes.

5.4 ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurador garantiza y asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de póliza que se emitan, la organización y puesta a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, de una amplia oferta de profesionales sanitarios y centros sanitarios autorizados e incluidos en un Cuadro Médico o Catálogo de Servicios, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en caso de Accidente Deportivo que cause lesiones corporales, pudiendo el Asegurado elegir libremente al prestador del servicio sanitario dentro de dicho Cuadro Médico o Catálogo de Servicios.

ARTICULO 6º- OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

El Asegurador, además de organizar el acceso del Asegurado a los servicios sanitarios para que en caso de Accidente Deportivo que cause lesiones corporales pueda elegir el prestador del servicio sanitario objeto de cobertura, poniendo a disposición del mismo los proveedores de dichos servicios sanitarios incluidos en un Cuadro Médico o Catálogo de Servicios, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, y demás documentos que haya suscrito el Tomador del seguro.

Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del seguro Cuadro Médico o Catálogo de Servicios con especificación del Centro de Urgencias Permanente, y las direcciones y horarios de los profesionales sanitarios y de los centros médicos concertados en todo el territorio nacional.

ARTICULO 7º- OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
2. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato.
3. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento; el incumplimiento de este deber liberará al Asegurador de toda prestación derivada del siniestro.

4. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.
5. El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o cláusulas acordadas.

ARTÍCULO 8º. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO.

1. La **Póliza se perfecciona mediante el consentimiento de las partes**, manifestado por la suscripción de la Póliza. Salvo pacto expreso en contrario, las Garantías contratadas, así como sus eventuales modificaciones o adiciones tomarán efecto en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre que haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Las Obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las 00 horas del día siguiente en que se hayan cumplido ambos requisitos.

2. La **duración del contrato se establece por periodos anuales**, que se entenderán **prorrogados automáticamente** por otra anualidad a la finalización de cada periodo, salvo pacto en contrario.

Las **partes pueden oponerse a la prórroga del Contrato** mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, según el Artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 9º. LÍMITES GEOGRÁFICOS

El presente seguro es válido en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO 10º. CONDICIONES DE ADHESIÓN

1. Las Condiciones de Adhesión serán las que figuren en las Condiciones Particulares de esta Póliza y/o, en su caso, en el Boletín de Adhesión. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través de los Boletines de Adhesión, cada uno de los cuales habrá de ser firmado conjuntamente por el Tomador y por el Asegurado respectivo. El Boletín de Adhesión se puede sustituir por la Ficha Federativa.

2. Todos los documentos relativos a cada Asegurado serán presentados por el Tomador a ARESA. Esta decidirá, atendiendo a sus Normas de Selección y Tarificación de Riesgos su admisión o no en el Grupo Asegurado. En caso negativo lo comunicará por escrito al Tomador del seguro, el cual informará de ello al Candidato.

ARTÍCULO 11º. VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN EL GRUPO ASEGURADO

El Tomador del Seguro está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado y que puedan consistir en:

1. **Altas:** Se trata de aquellas personas que perteneciendo al Grupo Asegurable manifiesten su deseo de adhesión al seguro en un momento posterior al de la fecha de efecto de la póliza y, una vez cumplidas las condiciones de adhesión, se incluyan en la Relación de Asegurados.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en la fecha que se estipule en el Certificado de Seguro correspondiente o, en su defecto, en la fecha de efecto indicada en la Relación de Asegurados en que se incluya por primera vez.

2. **Bajas:** Se producirán por alguna de las siguientes causas:

1. Salida del Asegurado del Grupo Asegurable o salida del Asegurado.
2. Pago del capital contratado en la Garantía de Muerte o Invalidez Permanente Total
3. Cumplimiento de la edad límite establecida en el Artículo 4º, punto 2, de la presente Póliza o de la establecida en las Condiciones Particulares de la misma.

ARTÍCULO 12º. PRIMAS

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador o Asegurado, según se indique en las Condiciones particulares, en los correspondientes vencimientos, de conformidad con el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80 de 8 de Octubre.

La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del seguro, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

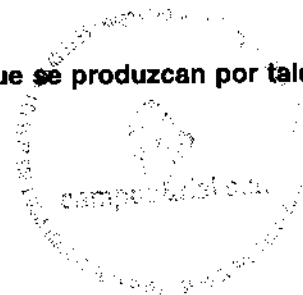
En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Tal y como se determine en las Condiciones Particulares, si el pago de los recibos de prima se domiciliara bancariamente, se aplicarían las siguientes normas:

1. El Tomador o Asegurado entregará al Asegurador carta dirigida a la Entidad Bancaria, dando la orden oportuna al efecto (esta comunicación se hará a través de la Solicitud de seguro o Boletín de Adhesión).
2. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, una vez haya sido abonada por el Tomador o Asegurado. En caso de concurrir alguna circunstancia extraordinaria (falta de fondos en cuenta, error, etc.), el Tomador o Asegurado deberá satisfacer la prima en el domicilio de la entidad o a través de su domiciliación bancaria, una vez el Asegurador haya comunicado la ocurrencia de dicha circunstancia al Tomador o Asegurado.
3. Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento, sin pasar al cobro el recibo correspondiente y, al hacerlo no existiesen fondos o se produjera algún error, deberá notificar, por carta certificada u otro medio indubitado, al Tomador o Asegurado tal hecho, disponiendo éste del plazo de un mes para comunicar al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o sus Representantes legalmente autorizados.

El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tales motivos.



El Tomador del seguro, recibida en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizado a su término la relación contractual. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro

ARTÍCULO 13°. CAPITALES ASEGURADOS

El importe de los Capitales Asegurados, para cada miembro del Grupo Asegurado, podrá venir determinado en función del módulo de variación que figurará en su caso en las Condiciones Particulares y que será igual para todos los componentes de cada categoría del Grupo.

El Tomador del Seguro viene obligado a comunicar a ARESA las variaciones que deban producirse en los Capitales Asegurados.

Las modificaciones de Capital tomarán efecto una vez hayan sido aceptados por ARESA.

ARTÍCULO 14°. CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO

1. El Asegurador emitirá, si así se ha pactado en las Condiciones Particulares, para cada Asegurado, el correspondiente **Certificado Individual de Seguro**, en el que se harán constar inicialmente los importes garantizados en cada una de las coberturas contratadas.

Las variaciones en dichos importes y la modificación de la designación de Beneficiarios requerirán la emisión de un **nuevo Certificado de Seguro**, que dejará sin efecto al anterior a partir de la sustitución.

ARTÍCULO 15°. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar los beneficiarios o modificar su designación, sin necesidad de consentimiento de ARESA.

La designación puede hacerse en la póliza, en una posterior comunicación a ARESA o en testamento.

ARES A pagará las prestaciones aseguradas de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de beneficiarios.

Si existen varios beneficiarios designados con el mismo orden de preferencia, las prestaciones aseguradas se distribuyen por partes iguales, o en proporción a la cuota hereditaria si la designación se hace a favor de los herederos. La parte no adquirida por un beneficiario acrece a los demás.

El Asegurado puede modificar o revocar la designación de beneficiarios en la misma forma establecida para tal designación, excepto si ha renunciado expresamente y por escrito a la facultad de revocación.

1. En caso de Fallecimiento:

Si el Asegurado no lo hace expresamente, quedarán designados Beneficiarios, en caso de fallecimiento del Asegurado, por ORDEN DE PRELACIÓN preferente y excluyente los siguientes:

- 1°. El Cónyuge del Asegurado no separado legalmente.**
- 2°. Los hijos del Asegurado a partes iguales.**
- 3°. Los padres del Asegurado.**
- 4°. Los herederos legales del Asegurado.**



2. Para el resto de garantías:

El propio Asegurado.

ARTÍCULO 16°. SINIESTROS. OBLIGACIONES GENERALES

En caso de siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán:

- a) Emplear los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado, minorando las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a ARESA a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa y la importancia de los daños.
- b) **Comunicarlo** a ARESA con el parte de accidentes establecido para tal fin, debidamente cumplimentado por el representante del Club, dentro del **plazo máximo de siete días** de haberlo conocido, con indicación de:
 - Número de póliza
 - Tipo de siniestro acaecido
 - Fecha y hora del siniestro
 - Causas conocidas y presuntas
 - Medios adoptados para aminorar las consecuencias
- c) Facilitar por escrito a ARESA, dentro del **plazo máximo de cinco días** a partir de la notificación del siniestro toda clase de circunstancias y consecuencias del mismo. **En caso de violación de este deber, el rehusé del siniestro sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave del Tomador del seguro o del Asegurado con intención de defraudar a ARESA.**
- d) En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que ARESA pueda reclamar los daños y perjuicios causados.

ARTÍCULO 17°. SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS

El Asegurado y sus familiares deberán permitir la visita de los médicos designados por ARESA, tanto en el domicilio del Asegurado como en el Centro Hospitalario en que se encuentre internado, para comprobar el estado de salud y/o la evolución del accidente.

La oposición por parte del Asegurado o de sus familiares a estas visitas dará lugar al cese del cobro de las indemnizaciones.

En todo caso, ARESA puede dar por concluido el accidente, a efectos del pago de las indemnizaciones, cuando a juicio del médico por ella designado se pretendiera la prolongación artificial del accidente.

ARTÍCULO 18°. PAGO DE LAS PRESTACIONES GARANTIZADAS



En caso de acaecimiento del hecho que pueda dar origen por parte del Asegurador a alguna de las cantidades previstas en esta póliza, el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario, deberá remitir a aquel la declaración de Siniestro acompañada de los siguientes documentos:

1. En caso de Fallecimiento del asegurado:

- a) Último Certificado Individual de seguro emitido.
- b) Certificado de nacimiento y de defunción del Asegurado.
- c) Diligencias Judiciales, informe de atestado u otros documentos que acrediten el Fallecimiento por Accidente.
- d) Justificante de la personalidad y, en su caso, de los derechos de los Beneficiarios.
- e) Certificado de Últimas Voluntades.
- f) Documento acreditativo que justifique la presentación por parte de los Beneficiarios la liquidación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones la prestación garantizada.
- g) Informe del médico que hubiera asistido al Asegurado, indicando la evolución del accidente que le causó la muerte o cualquier otro requisito que, a juicio de la Entidad Aseguradora, sea necesario para determinar el pago de la prestación.

En los casos en que fuera preciso, los documentos se presentarán debidamente legitimados notarialmente.

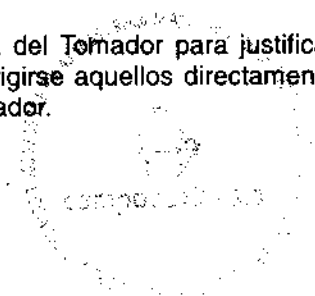
2. En caso de Invalidez del Asegurado:

- a) Último Certificado Individual de seguro emitido.
- b) Certificado médico en el que:
 - Se especifique la fecha y tipo de Accidente, así como evolución y estado definitivo en que se encuentra el Asegurado y posibles antecedentes de enfermedad u otros accidentes.
 - Se evidencie tipo de invalidez a que está afecto el asegurado, así como toda aquella documentación presentada para su tramitación.

El Asegurador está obligado 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 los daños que resulten del mismo, **salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado**, según determinan los Artículos 18 y 19 de la Ley 50/1980 y de conformidad con lo preceptuado por dicha Ley y las presentes Condiciones Generales. A tal fin, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán dar a la Compañía Aseguradora toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, según determina el Artículo 16 de aquella Ley.

ARESA incurrirá en mora si en los plazos legalmente previstos no cumpliera su obligación indemnizatoria, salvo causa justificada o no imputable a ella. En tal supuesto, habrá de abonar el interés establecido en el artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro.

En ningún caso podrá perjudicar a los Beneficiarios la falta de diligencia del Tomador para justificar y reclamar la prestación a que tengan derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse aquellos directamente a ARESA, sin perjuicio de las acciones que esta pueda ejercer contra el Tomador.



ARTÍCULO 19º. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

Si las partes se pusieran de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida en el plazo máximo de cinco días, a partir de la fecha en que firmaron el acuerdo.

Si no se lograse acuerdo, dentro del plazo previsto en el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80 de 8 de octubre, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y, de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejan en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del Sinistro y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del Seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de 30 días en el caso del Asegurador y de 180, en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos, ambos desde la fecha de su notificación, la correspondiente acción, el dictamen devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere al artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80 de 8 de Octubre y, si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado, por los peritos, en un plazo de cinco días.

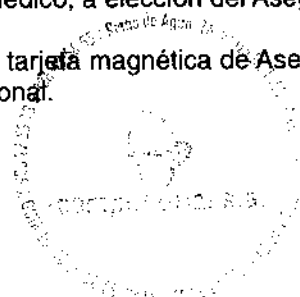
ARTICULO 20º. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR LOS FACULTATIVOS Y CENTROS CONCERTADOS

A) Forma de Prestación de los servicios.

El Asegurado podrá acudir libremente a recibir asistencia sanitaria con los Facultativos y en los Centros Médicos concertados que formen parte del Cuadro Médico o Catálogo de Servicios del Asegurado.

Cuando en cualquiera de las poblaciones donde se produzca el Accidente Deportivo objeto de cobertura no exista Facultativo o Centro Médico concertado serán facilitados los servicios sanitarios necesarios en la población donde los mismos puedan prestarse conforme al Cuadro Médico, a elección del Asegurado.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá presentar la tarjeta magnética de Asegurado u otro documento acreditativo contra la visita o cualquier otro acto profesional.



Con carácter general, será necesaria la previa **Autorización expresa** del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, lo que se hará constar en el catálogo de servicios de la Póliza, previa prescripción escrita de los facultativos concertados con la entidad. El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.

Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización

Urgencias.

Para requerir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecido y cuya dirección figura en la documentación facilitada al Asegurado.

B) ASISTENCIA EN MEDIOS NO CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de facultativos y centros médicos no concertados, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos y centros médicos pudieran ordenar.

Asimismo, la Aseguradora no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados, cualquiera que sea el facultativo prescrito o realizador de los mismos.

ARTÍCULO 21º. RECLAMACIONES

Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula 28 relativa a jurisdicción y arbitraje, cuando el tomador del seguro, el asegurado, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos, entiendan que sus derechos derivados del contrato han sido lesionados, previa reclamación ante el Director del Departamento correspondiente, podrán formular la oportuna reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente del grupo Mutua Madrileña o, en su caso, ante el Defensor del Cliente del grupo Mutua Madrileña.

Las decisiones tanto del Departamento de Atención al Cliente del grupo Mutua Madrileña como del Defensor del Cliente del grupo Mutua Madrileña se producirán en el plazo máximo de dos meses y vincularán a ARESA SEGUROS GENERALES S.A. cuando resulten favorables al reclamante.

En caso de disconformidad con la resolución del Departamento de Atención al Cliente o, en su caso, del Defensor del Cliente, y una vez que se haya agotado esta vía, se podrá formular la queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, o a través de la página web www.dgsfp.mineco.es

ARTÍCULO 22º. NULIDAD DEL CONTRATO

El **Contrato de Seguro será nulo**, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de seguro, si en el momento de su conclusión **no existía el Riesgo o había ocurrido el Siniestro** (Artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80 de 8 de Octubre).

ARTÍCULO 23º. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato prescribirán a los cinco años, a contar desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

ARTICULO 24°. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador y, a través de este, en su caso, las de los Asegurados o Beneficiarios, se realizarán en el domicilio social de ARESA, señalado en la póliza, pero si se realizan a un Agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones de ARESA al Tomador y, a través de este, en su caso, a los Asegurados y a los Beneficiarios se realizarán en el domicilio del Tomador, recogido en la póliza, salvo que el mismo haya notificado a ARESA el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

ARTÍCULO 25°. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios, y demás disposiciones complementarias, serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los acontecimientos extraordinarios ocurridos tanto en España como en el extranjero, cuando el Tomador del Seguro tenga su residencia habitual en España y siempre que se haya satisfecho a favor del Consorcio de Compensación de Seguros el recargo correspondiente, en los siguientes supuestos:

a) El riesgo amparado por el Consorcio de Compensación de Seguros no está cubierto por la póliza de seguro concertada con la Compañía Aseguradora

b) Que, aun estando amparado el riesgo, la Compañía Aseguradora se encuentre en situación concursal.

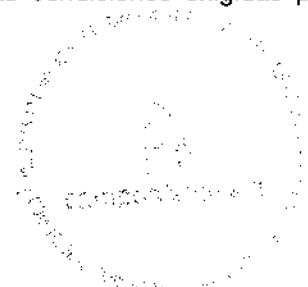
Serán riesgos cubiertos:

- a) Fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- a) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en tiempos de paz.

Riesgos Excluidos: Los que no dan derecho a indemnización con arreglo a la Ley de Contrato de Seguro; los ocurridos en conflictos armados; los derivados de la energía nuclear; los fenómenos de la naturaleza no especificados entre los riesgos cubiertos; los ocurridos durante el curso de huelgas y manifestaciones legales; los causados por mala fe del Asegurado; los ocurridos antes del pago de la primera prima, o cuando la cobertura del seguro se halle suspendida; los calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.

Conforme al Real Decreto 300/2004, el Tomador del seguro tiene la facultad de convenir la cobertura de riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO



En caso de siniestro amparado por la presente cobertura de riesgos extraordinarios la compañía aseguradora facilitará al Tomador del seguro, al Asegurado o a los Beneficiarios la información precisa para solicitar del Consorcio de Compensación de Seguros la indemnización pertinente, el detalle de los documentos a aportar y los modelos oficiales de solicitud de la indemnización, a través de cualquiera de sus Oficinas o Delegaciones.

ARTÍCULO 26º. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

El tomador/asegurado consiente de forma expresa:

- Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es Aresa Seguros Generales, S.A, (en adelante, Aresa, con domicilio social en Ronda de la Universidad 22, 08007 Barcelona), única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, la realización de campañas de fidelización de clientes, así como para valorar y delimitar el riesgo. Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras entidades aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros.

- Que Aresa pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos y cumplimiento de las obligaciones derivadas para Aresa en virtud del contrato de seguro. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a Aresa, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en Aresa de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de Aresa, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.

- La transferencia internacional de los datos del asegurado (incluidos datos de salud), incluso a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable a la normativa sobre protección de datos española, cuando sea preciso para el cumplimiento de las finalidades indicadas en la presente cláusula.

- Que por parte de Aresa no se informe a los asegurados/beneficiarios/tomador de cada primera cesión de datos que se pudiera producir, de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula.

- La grabación de las llamadas telefónicas que realice a los números de teléfono de contacto de Aresa, a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones.

Los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el Art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y la DA 6a de la LO 15/1999, de 13 diciembre.

El tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los asegurados/beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los asegurados/beneficiarios que se vayan a incluir en la póliza:

- Para facilitar sus datos personales a Aresa, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.

- Para que por parte de Aresa se pueda remitir al tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder, (datos de salud) así como para, en su caso, que se pueda proceder al abono de la franquicia o participación en el coste de los servicios recibidos.

El tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a Aresa para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a Aresa para que por parte de ésta entidad se proceda a dicha modificación.

Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual.

El tomador/asegurado autoriza a Aresa a que le remita información, incluso por medios electrónicos, sobre productos o servicios relacionados con productos o servicios financieros, de seguros, de telecomunicaciones, de hogar, sanitarios y asistenciales e inmobiliarios. Con la misma finalidad, el tomador/asegurado consiente que Aresa comunique sus datos personales a la entidad aseguradora Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija con domicilio social en Paseo de la Castellana 33, Madrid-28046 donde podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, salvo que en el plazo de 30 días nos remita una copia de esta carta a la dirección del Responsable del fichero, Aresa Servicios Generales, S.A., oponiéndose a la comunicación de sus datos personales a favor de Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija con la antedicha finalidad publicitaria. La oposición al referido tratamiento no conllevará ningún perjuicio para el tomador/asegurado.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Departamento de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, calle Fortuny 18 (28046, Madrid).

ARTÍCULO 27º EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del Asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **ARESA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.**

ARTÍCULO 28º. JURISDICCIÓN Y ARBITRAJE

La póliza queda sometida a la jurisdicción española y será juez competente el del domicilio del Tomador a cuyo efecto este designará uno en España. Con expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de esta póliza al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.