

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

**CONDICIONES GENERALES
DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG

Domicilio Social: ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf

C.I.F. DE 811 125 216

Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y demás legislación aplicable, así como por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato.

ARTICULO PRELIMINAR- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: La entidad que mediante el cobro de la prima, asume las coberturas de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la póliza.

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

ASEGURADO: La persona o personas sobre las cuales se establece el seguro.

BENEFICIARIO: La persona, física o jurídica, titular del derecho a la indemnización.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales; las Particulares y las Especiales que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices a la Póliza que se emitan para complementarla o modificarla.

PRIMA: El precio del seguro. EL recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA: La cantidad fijada respecto de cada una de las garantías cubiertas por la póliza, y que constituye el límite máximo de indemnización en caso de siniestro.

ACCIDENTE: La lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que le produzca alguna de las Garantías suscritas y expresamente incluidas en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

MUERTE: El acontecimiento accidental cuya consecuencia sea la pérdida de la vida del Asegurado.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: La pérdida orgánica o funcional de los miembros o facultades del Asegurado cuya recuperación no sea previsible y le incapacite para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL: La pérdida de algunos de los miembros o la disminución funcional de los mismos que, sin constituir una invalidez absoluta, represente una merma física permanente.

ASISTENCIA SANITARIA: El pago de los honorarios médicos, gastos sanatoriales y farmacéuticos ocasionados por un accidente.

ARTÍCULO 1.- OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, de acuerdo con la definición de accidente del artículo preliminar.

Las garantías del seguro se extienden a las consecuencias de los accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo.

Para la garantía de Asistencia Sanitaria, con respecto a los accidentes ocurridos en el extranjero, se entenderá siempre aplicable el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 2.- GARANTÍAS DEL SEGURO

2.1.- MUERTE

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte del Asegurado inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, el Asegurador pagará al beneficiario el capital establecido a tal efecto cuando se pruebe médicamente que el fallecimiento es consecuencia directa del accidente.

Cuando el accidente produzca el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización dentro del límite de la suma garantizada para este caso en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este artículo.

2.2.- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

Tendrá carácter de Invalidez Permanente la pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros u órganos que sea consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto en la póliza, ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente cuando se pruebe médicamente que la invalidez es

consecuencia directa del accidente.

Cuando el accidente produzca una Invalidez Permanente en el Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización dentro del límite de la suma garantizada para este caso en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las disposiciones contenidas en este artículo y en base a los porcentajes indicados en el Baremo de Invalidez.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

- Enajenamiento mental, incurable y total	100%
- Ceguera absoluta	100%
- Parálisis completa	100%
- Pérdida total del uso de dos miembros	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

a) Cabeza y columna vertebral	
- Sordera completa e incurable	40%
- Ablación mandíbula inferior	30%
- Pérdida total de la visión de un ojo	25%
- Fractura o luxación de la columna vertebral con rigidez raquídea cervical o importantes desviaciones pronunciadas de origen traumático.....	25%
- Sordera completa de un oído	10%
b) Miembros superiores	60%
- Pérdida total de un brazo o de una mano.....	25%
- Fractura no consolidada del húmero	25%
- Fractura no consolidada del antebrazo	25%
- Pérdida total de los movimientos:	
- Del hombro	25%
- Del codo	20%
- De la muñeca	20%
- Pérdida total del pulgar y el índice	35%
- Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25%
- Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20%
- Pérdida total del índice sólo, o de dos dedos	15%
- Pérdida total del dedo medio o anular o meñique	8%
c) Miembros inferiores	
- Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma	60%
- Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o Impotencia funcional de la misma	50%
- Pérdida total de un pie	45%
- Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%
- Fractura no consolidada de una rótula	20%
- Pérdida total de los movimientos:	
- De la cadera	25%
- De la rodilla	20%
- De la articulación del tobillo	10%
- Pérdida total del dedo gordo del pie	10%
- Pérdida total de otro dedo del pie	3%

- La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido en el cuadro anterior para cada dedo.
- Los tipos de invalidez no especificados expresamente en el baremo, se indemnizarán

en función de su gravedad comparada con las enumeradas anteriormente.

- La indemnización se determina, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado, siguiendo las reglas fijadas a continuación:
 - El grado de invalidez será establecido por el Asegurador cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo. Si transcurridos doce meses desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar del Asegurador un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual el Asegurador fijará la invalidez en base a la que se estime como definitiva.
 - La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con un máximo del 100 % del capital asegurado para esta garantía.
 - La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
 - Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.
 - Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentara con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
 - Los trastornos y las lesiones nerviosas sólo se tomarán en consideración cuando fueran consecuencia de un accidente garantizado y si se comprueban médicamente que son debidos a tal accidente.
 - Si el Asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el Asegurado falleciera con posterioridad, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el Asegurador no podrá reclamar la diferencia.

2.3.- ASISTENCIA MÉDICA

El Asegurador tomará a su cargo los gastos médicos-farmacéuticos y de hospitalización, rehabilitación, gastos de prótesis, material de osteosíntesis y gastos odontológicos, por un período máximo de 18 meses a contar desde la fecha del accidente y hasta el importe fijado expresamente en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la póliza para esta garantía.

ARTÍCULO 3.- ALCANCE DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones correspondientes a las garantías contratadas y con los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El Asegurador indemnizará solamente por las consecuencias naturales, directas y exclusivas, del accidente cubierto por la póliza.

Las indemnizaciones derivadas de invalidez permanente y/o muerte no son acumulables

entre sí.

En caso de que las personas aseguradas por esta póliza sufrieran un accidente del que resultasen varias víctimas, la indemnización será fijada en la póliza para cada una de ellas, sin que el total a indemnizar por el Asegurador en el siniestro pueda exceder de 1.695.000,00€, repartiéndose, en su caso, dicha cantidad proporcionalmente a los capitales asegurados para cada individuo.

En caso de agravación de las consecuencias del accidente a causa de enfermedad del Asegurado, preexistente o sobrevenida después de ocurrido el accidente, el Asegurador responderá tan sólo de las consecuencias naturales que se hubieran derivado del accidente en caso de no padecer la enfermedad. Corresponderá al facultativo establecer estas circunstancias.

Entre las consecuencias de agravación a causa de enfermedad, expresamente se excluyen las debidas a SIDA y enfermedades tropicales.

ARTÍCULO 4.- EXCLUSIONES

Las exclusiones que se citan a continuación serán de aplicación salvo que se pacte expresamente su inclusión y así se haga constar en las Condiciones Particulares.

4.1.- PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

- a) **Por imperativo legal, las personas menores de 14 años no podrán ser asegurados para el riesgo de muerte, salvo en concepto de gastos de sepelio.**
- b) **Los mayores de 70 años.**
- c) **Las personas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, viriasis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, sida, enfermedad de la médula espinal, diabetes o de otras enfermedades de análoga gravedad no son asegurables y el seguro cesa con su manifestación; devolviendo el Asegurador al Tomador del seguro la parte de prima por el período de seguro no transcurrido.**

4.2.- RIESGOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

- a) **Los accidentes producidos en la práctica de cualquier tipo de deporte como profesional.**
- b) **Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.**
- c) **El aneurisma, ataques de parálisis o apoplejía no traumáticos.**
- d) **Derrames cerebrales, infarto de miocardio, angina de pecho y sus consecuencias, aún cuando fueran declarados accidentes por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales, salvo lo previsto en condiciones especiales para el auxilio al fallecimiento cuando éste se produzca en la práctica deportiva oficial, pero sin causa directa del mismo.**

- e) **Hernias de cualquier clase que afecten a paredes abdominales o a discos intervertebrales, así como reumatismos, varices y eczemas.**
- f) **Las lesiones musculares y lumbalgias producidas por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada.**
- g) **Los accidentes que se deban a una enfermedad o estado patológico preexistente, así como las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.**
- h) **Los accidentes que sobrevengan durante el parto y sus consecuencias.**
- i) **Toreo y encierro de reses bravas**
- j) **Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión del permiso correspondiente, según la legislación vigente.**
- k) **El suicidio o los intentos de suicidio del Asegurado, así como la automutilación.**
- l) **Los accidentes debidos a un estado de embriaguez o de trastorno mental o por uso de drogas tóxicas y estupefacientes no prescritos médicamente.**
- m) **Los accidentes que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas de cualquier naturaleza, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa, y los que sean consecuencia de imprudencia temeraria o infracciones de reglamentos por el propio Asegurado.**
- n) **La intoxicación o envenenamiento accidental producida por la ingestión de alimentos en mal estado.**
- o) **Los accidentes derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- p) **Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos); hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular; actuaciones de las Fuerzas Armadas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz, cuyas consecuencias podrán ser indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con la legislación vigente.**

DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 5.- BASES DEL CONTRATO

1. Constituyen la base del seguro las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador incluyendo, el reconocimiento médico o declaración de estado de salud del Asegurado (en su caso), así como la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para su formalización, a fin de que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el

Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

3. La inexistencia de la solicitud no releva al Tomador del Seguro, ni al Asegurado, del deber de declaración de las circunstancias esenciales del riesgo.

ARTÍCULO 6.- PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado en la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

ARTÍCULO 7.- DURACIÓN DEL CONTRATO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.
2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.
3. Las partes podrán oponerse a la prórroga anual del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de DOS MESES de antelación al vencimiento del período de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados por menos de un año.
4. La póliza queda automáticamente cancelada a la terminación del período de seguro en que el Asegurado haya cumplido los setenta años de edad. Sólo mediante estipulación especial podrá prolongarse el seguro a partir del indicado límite, entendiéndose en todo caso como tal el pago, aceptado por el Asegurador, de la prima anual del vencimiento inmediato.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 8.- EN EL ACTO DE SUSCRIPCIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones hechas por el Tomador del seguro y/o Asegurado en el cuestionario al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo y la fijación de la prima.
2. El Tomador del seguro y/o Asegurado tiene el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario

anteriormente citado, 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 al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.

3. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas 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 pactado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación del riesgo a que hace referencia el párrafo anterior, el Tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha excluidas de la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 9.- FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

1. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Desde el momento en que el Asegurador haga esta declaración quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.
2. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 10.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicado al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las Condiciones del contrato en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro 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, transcurrido 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 ocho siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva. El Asegurador 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.

ARTÍCULO 11.- CONSECUENCIA DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si sobreviniera un siniestro y el Tomador no hubiera comunicado la agravación del riesgo, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia existente entre la prima convenida y la que éste hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro hubiera obrado de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.

ARTÍCULO 12.- DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, 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.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, se reducirá 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.

ARTÍCULO 13.- PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos.
2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.
3. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.
4. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
 - c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, el Asegurador deberá notificar tal hecho al obligado a

pagar la prima, por carta certificada o un medio fehaciente, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique 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.

ARTÍCULO 14.- CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE PRIMAS

1. Si por culpa del Tomador del seguro la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, 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. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
2. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
3. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima anual en curso, correspondiéndole la fracción de prima por el tiempo que haya estado suspendida la cobertura.
4. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o el Asegurado pagó su prima, haciendo suya el Asegurador la parte de la misma correspondiente al período en que por su falta de pago la cobertura haya estado en suspenso.

SINIESTROS

ARTÍCULO 15.- DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

1. El Tomador del seguro y/o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, acompañando un certificado médico, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
2. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:
 - a) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones. Los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado o del Tomador del seguro.
 - b) Dar inmediato aviso al Asegurador, cuando el accidente haya ocasionado la muerte del Asegurado o cuando ésta sobrevenga durante el período de curación.
 - c) Permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.

3. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 16.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1. Ocurrido un accidente se debe recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro, y el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran derivarse de esa circunstancia.
2. Los interesados deberán facilitar al Asegurador los informes que éste les pueda pedir sobre el accidente y la evolución de las lesiones del Asegurado, que queda obligado a someterse al reconocimiento de los médicos que el Asegurador designe y trasladarse, por cuenta de éste, al lugar que corresponda para pasar tal reconocimiento.
3. En caso de muerte del Asegurado, los interesados deberán aportar, lo antes posible, al Asegurador el informe médico sobre la asistencia que se le haya prestado y certificación literal del acta de defunción, además de la información complementaria que aquél solicitase.
4. El Tomador del seguro, el Asegurado y los Beneficiarios se comprometen a no hacer uso del secreto profesional, respecto a la información que pueda solicitar el Asegurador a aquellos profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente.

ARTÍCULO 17.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador del seguro deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos, que según corresponda, se indican a continuación:
 - a) En Invalidez Permanente, el certificado médico de alta con expresión de tipo de invalidez resultante del accidente.
 - b) En Fallecimiento, los certificados literales de nacimiento y defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Actos de Ultimas Voluntades, y si existiera testamento, certificación respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios y la carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones. Si los beneficiarios fuesen los herederos no testamentarios será necesario, además, el auto de Declaración de Herederos dictado por el juez competente.
 - c) En Asistencia Médica, una vez terminado el tratamiento se remitirá al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

2. El Asegurador deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que puede deber, según las circunstancias por él conocidas, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de accidente al beneficiario legitimado en forma legal, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos. En los casos de invalidez este plazo se computará desde la presentación del certificado médico en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.
3. Si por causa no justificada o que le fuere imputable, el Asegurador, en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, no hubiere realizado el pago de la indemnización o, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50 por 100, desde la fecha del siniestro, o su comunicación si es posterior a 7 días desde la ocurrencia.

Transcurrido dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

4. En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en el interés de demora a que hace referencia el párrafo anterior, más el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, siempre y cuando se haga expresa mención en la sentencia dictada, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

ARTÍCULO 18.- DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

1. En caso de desacuerdo respecto al grado de invalidez o incapacidad, 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 ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerla en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
2. En 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 y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización.
3. 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 el Perito tercero.
4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para estos, salvo que alguna de las partes lo impugnara judicialmente, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

5. Cada parte deberá abonar el importe de los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad de cada una de las partes.

ARTÍCULO 19.- SUBROGACIÓN

1. El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
2. En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

ARTÍCULO 20.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 21.- JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

ARTÍCULO 22.- COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del seguro o por el Asegurado, se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza, en sus sucursales o, en su caso, a través de agente de seguros.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos reseñado en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.
3. Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al Asegurador, en nombre del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

4. El pago de primas que efectúe el Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Artículo 4.º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre ("Boletín Oficial del Estado" del 20), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo en favor de la citada entidad de Derecho Público, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente, satisfaciendo el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.
- b) Que, aun estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados ("Boletín Oficial del Estado" del 9); en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes ("Boletín Oficial del Estado", de 1 de octubre), y de disposiciones complementarias.

I. Resumen de normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos,

inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica 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 tiempos de paz.

2. Riesgos Excluidos

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- f) Los derivados de la energía nuclear.
- g) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.
- h) Los causados por actuaciones 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, así como durante el transcurso de huelgas legales.
- i) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.
- j) Los causados por mala fe del asegurado.
- k) Los producidos antes del pago de la primera prima.
- l) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.
- m) Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en treinta días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

- a) Comunicar en las Oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la Entidad Aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de prima acreditativos del pago de la prima

correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.

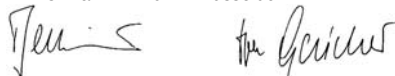
- Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.
- Copia o fotocopia del documento nacional de identidad o número de identificación fiscal.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha entidad.

b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del Asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del Asegurado.

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente Contrato de seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:
Dr. Paul-Otto Faßbender
Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)
Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418
Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro en DGSFP: J0250
CIF. A-58850793
c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga
Página 17 de 17

POLIZA DEL SEGURO

Condiciones Particulares Accidentes Colectivos Deportivos

Número de Póliza: 102156103

Tomador del Seguro

FEDERACION ANDALUZA DE BALONCESTO
G-14085674
Avenida Guerrita Nº 31 Local 5
14005 CORDOBA

Fecha de efecto : 01-09-09
Fecha de vencimiento : 31-08-10
Forma de Pago :
Duración : Anual Temporal
Domicilio de Cobro : Por Mediador / El del Tomador

Nº Asegurados : 18.452
Beneficiarios : Los herederos legales

Regulaciones y referencias de la póliza

Los mutuos derechos y deberes se regulan en el contenido de la Póliza con las consiguientes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Definiciones de riesgo, Condiciones especiales y adicionales, así como las cláusulas adjuntas, términos y regulaciones legislativas.

Cobertura del Seguro : ver anexo
Condiciones del Seguro : ver anexo

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Mediador:

Pont Grup

Correduría de Seguros S.A.

C/ Cuevas Bajas nº4-3ª planta
29004 Málaga

www.pontgrup.com

Teléfono: 902 100 618

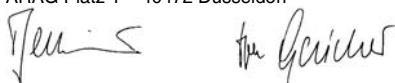
Telefax: 902 100 332

Fecha de emisión: 22-09-09

*** La prima total anual se regularizará en función del número de asegurados definitivos a final de la temporada deportiva.**

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:

Dr. Paul-Otto Faßbender

Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)

Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper

Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418

Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.

Nº Registro en DGSFP: J0250

CIF. A-58850793

c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga

POLIZA DEL SEGURO

ANEXO Condiciones Particulares Accidentes Colectivos Deportivos

Número de Póliza: 102156103

Tomador del Seguro

Fecha de efecto : 01-09-09
Fecha de vencimiento : 31-08-10
Forma de Pago :
Duración : Anual Temporal
Domicilio de Cobro : Por Mediador / El del Tomador

Nº Asegurados : 18.452
Beneficiarios : Los herederos legales

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Mediador:
Pont Grup
Correduría de Seguros S.A.
C/ Cuevas Bajas nº4-3ª planta
29004 Málaga
www.pontgrup.com
Teléfono: 902 100 618
Telefax: 902 100 332

RESUMEN DE GARANTIAS SUSCRITAS

Fecha de emisión: 22-09-09

<u>COBERTURAS</u>	<u>CAPITAL ASEGURADO</u>
MUERTE	6.010 €
AUXILIO AL FALLECIMIENTO (NO ACCIDENTAL EN PRACTICA DEPORTIVA)	6.010 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	12.020 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	SEGÚN BAREMO
ASISTENCIA MEDICO-QUIRURGICA	ILIMITADA
ASISTENCIA FARMACÉUTICO-HOSPITALARIA	ILIMITADA
PRÓTESIS / MATERIAL OSTEOSINTESIS	ILIMITADA
REHABILITACIÓN	ILIMITADA
ODONTO-ESTOMATOLOGIA	SEGÚN BAREMO
ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO	12.020 €
TRASLADO URGENTE A HOSPITAL	ILIMITADA

AMBITO TEMPORAL: accidentes ocurridos durante entrenamientos o competiciones oficiales o en los desplazamientos hacia o desde los mismos.

REVALORIZACION AUTOMATICA DE CAPITALES: NO

INFORMACIÓN DE INTERES

De Conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, otorga su consentimiento expreso para que los mismos sean tratados informática y únicamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, para la colaboración estadístico-actuarial y para la prevención del fraude.

El Tomador del Seguro y/o Asegurado, declara que la información y datos recabados son exactos y veraces. Asimismo, reconoce haber recibido junto con estas Condiciones Particulares, las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza, y haber sido informado por escrito, con anterioridad a la suscripción del presente contrato, en cumplimiento de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre (LOSP) de los siguiente: El Asegurador ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tiene su domicilio social en Düsseldorf (Alemania), siendo aplicable al contrato la legislación española. Asimismo, declara haber sido informado por el Mediador de la Póliza conforme a lo establecido en la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros Privados.

El Tomador del Seguro y/o Asegurado acepta específicamente el contenido de las condiciones limitativas de sus derechos, destacados de modo especial en negrita en la Póliza. El Tomador del Seguro es conocedor de las garantías y opciones ofrecidas por el Asegurador y asume la obligación de informar a todos los asegurados-beneficiarios de la citada información recibida, así como de los derechos y obligaciones que afecten a los mismos con la formalización del contrato de seguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf

Consejero General:
Dr. Paul-Otto Faßbender
Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)
Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418
Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro en DGSFP: J0250
CIF. A-58850793
c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga

POLIZA DEL SEGURO

Condiciones Especiales
Accidentes Colectivos Deportivos

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Número de Póliza: 102156103

Tomador del Seguro

FEDERACION ANDALUZA DE BALONCESTO

G-14085674

Fecha de Efecto: 01-09-09

Fecha de Vencimiento: 31-08-10

La Condiciones Especiales que a continuación se consignan, derogan lo dispuesto en las Condiciones Generales exclusivamente en aquellos extremos donde exista contradicción expresa entre ambas, quedando subsistente en toda su integridad el clausulado de las Condiciones Generales al que no afecte tal contradicción.

OBJETO DEL SEGURO

La presente póliza garantiza y amplía las prestaciones mínimas establecidas por el Real Decreto 849/93, de 4 de junio, del Seguro Obligatorio Deportivo.

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, por las lesiones corporales sufridas por los deportistas no profesionales incluidos en la relación facilitada por la Federación como consecuencia de accidente ocurrido durante entrenamientos o competiciones oficiales, incluidos los ocurridos en los desplazamientos hacia o desde los mismos, ya sea en transporte público o privado. El plazo máximo para la comunicación del accidente es de 7 días desde la ocurrencia del mismo, pudiendo la Aseguradora repercutir contra el asegurado o beneficiario el agravamiento de costes que haya supuesto la comunicación del accidente fuera del citado plazo.

Al inicio del Contrato, la Federación remitirá al Asegurador el Calendario de Competiciones Oficial correspondiente al periodo de seguro. Asimismo, la Federación facilitará al Asegurador en soporte informático las altas de federados según se vayan produciendo, informando de todos los datos necesarios para la cobertura del seguro (Nombre y Apellidos, D.N.I., fecha de nacimiento, deporte, categoría, club, etc..). **El Asegurador no prestará asistencia a federados cuya alta no hay sido comunicada previamente.**

El Asegurador facilitará una tarjeta identificativa, en la que constará: la temporada deportiva asegurada, el nombre del jugador, la dirección, teléfono y DNI, que será imprescindible para tener acceso a cualquiera de los servicios contratados.

Las indemnizaciones, o prestaciones contratadas en la presente póliza, por accidentes que se hayan producido con anterioridad a la fecha de efecto de este contrato de seguro, aún cuando las consecuencias del accidente persistan, se manifiesten, se reclamen o determinen durante la vigencia de la póliza quedan excluidas de las coberturas de este contrato.

GARANTIAS DEL SEGURO

I. AMBITO TEMPORAL

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza, si como consecuencia de accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte o invalidez del asegurado en cualquier momento desde la ocurrencia del accidente, siempre que se pruebe médicamente que ha sido consecuencia del mismo.

Asimismo el Asegurador garantiza las prestaciones sanitarias recogidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza con un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente.

II. AUXILIO AL FALLECIMIENTO

Ampliando la garantía de Muerte por accidente, el Asegurador garantiza la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando el fallecimiento se produzca en la práctica deportiva pero sin causa directa de la misma.

III. ASISTENCIA MEDICA

El Asegurador garantiza las prestaciones sanitarias recogidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, exclusivamente, cuando sean prescritas por los facultativos del Asegurador y llevadas a cabo en los centros hospitalarios concertados por el mismo. El Asegurador facilitará a la Federación los cuadros médicos sanatoriales a tal efecto.

El deportista en ningún caso deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos de la misma especialidad, por un mismo motivo o dolencia, sin la autorización previa del Asegurador.

El Asegurador prestará el servicio de ambulancias concertado con la Entidad para trasladar al lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso al Centro Hospitalario concertado, siempre que concurren especiales circunstancias de imposibilidad física.

El Asegurador no se responsabiliza de ningún tipo de asistencia médico-quirúrgica fuera del cuadro médico-sanatorial concertado, salvo en caso de urgencia vital, peligrando la vida del deportista, siempre que se comunique al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho horas.

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren las restantes circunstancias exigibles, está justificada la utilización de medios ajenos al Asegurador:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.
2. Shocks cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
3. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.
4. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
 - a. Lesiones con desgarros externos o con afectación de vísceras.
 - b. Fracturas de cadera o de cabeza de fémur.
 - c. Accidentes cerebro-vasculares.

d. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.

5. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
6. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial y periférico. Asistolia. Taquicardia paroxístico.

Quedan excluidas las especialidades médicas del cuadro médico, que no guarden relación con los accidentes cubiertos por esta póliza. Así como:

- **Las hernias de cualquier clase. (Excepto las discales)**
- **Las consecuencias de operaciones quirúrgicas anteriores a la contratación de la póliza.**
- **La osteopatía dinámica de pubis.**
- **Los envenenamientos.**
- **Los actos delictivos.**
- **Las lesiones derivadas de intentos de suicidio.**

En caso de que el Asegurador tuviera que abonar al INSALUD, a cualquier organismo Público de Salud, o a cualquier Centro no concertado el importe de la asistencia prestada a alguno de los asegurados, sin tratarse de supuestos de urgencia vital, el deportista lesionado vendrá obligado a rembolsar al Asegurador el importe por él abonado dentro del plazo de quince días hábiles desde que le sea requerido dicho pago.

En la hospitalización médica con o sin intervención quirúrgica, la estancia sanatorial y el alta serán exclusivamente en razón del dictamen del facultativo que atiende al asegurado.

Durante la hospitalización tanto quirúrgica como médica, el Asegurador se responsabilizará de todos los gastos sanatoriales y farmacéutico-hospitalarios, a excepción de los no necesarios para la curación del paciente, según el médico del Asegurador.

Quedan excluidos los medicamentos prescritos y utilizados fuera del ambiente hospitalario, así como el material que se necesite para tratar ambulatoriamente al lesionado, o sea, siempre que no necesite un ingreso sanatorial.

Las exploraciones o tratamientos de rehabilitación, serán prescritos por los facultativos del cuadro del Asegurador y realizadas por un facultativo y en centro médico de dicho cuadro, y, el asegurado, estará obligado con anterioridad a la realización de los mismos, a requerir del Asegurador la conformidad o autorización, debiendo para ello presentar la prescripción del facultativo. La obligación del Asegurador terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional total o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso, en cuyo supuesto el Asegurador reanudará la asistencia en los mismos términos señalados anteriormente.

Inicialmente serán autorizadas un máximo de quince (15) sesiones, y de ser necesario prolongar este tipo de tratamiento, será imprescindible un informe justificativo del servicio de medicina deportiva, donde se reseñará la lesión sufrida y el número de sesiones a realizar, hasta un máximo de dieciocho meses desde la fecha del accidente. **Se excluyen de esta asistencia la educación para el lenguaje (logopedia) en procesos congénitos y la educación especial en enfermos con afectación física.**

El Asegurador cubrirá los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención) por un importe del 100% del precio de venta al público y siempre que haya sido prescrito por el facultativo del cuadro médico.

El Asegurador reembolsará al Asegurado los gastos originados, por un período máximo de 18 meses desde la fecha del accidente, en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo, siempre que sea prescrito por un facultativo del cuadro médico, conforme al siguiente baremo:

CONCEPTOS	LIMITE
VISITAS	
Examen del paciente para diagnóstico, plan de tratamiento y presupuesto con o sin radiografías	INCLUIDO
Examen del paciente para diagnóstico, con o sin moldes	INCLUIDO
Visita de urgencia	INCLUIDO
Visita de revisión	INCLUIDO
EXODONCIAS (EXTRACCIONES DE PIEZAS DENTARIAS)	
Extracción sencilla	INCLUIDO
Extracción compleja	INCLUIDO
Extracción de restos radiculares (que no precisen cirugía maxilofacial)	INCLUIDO
Extracción por odontosección	25,00
Retirar puntos	INCLUIDO
Extracción de Cordales no incluidos	INCLUIDO
Extracción restos radiculares	INCLUIDO
ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturación provisional	INCLUIDO
Obturaciones simples con amalgama	20,00
Obturaciones simples con composite	35,50
Obturaciones complejas con amalgama o composite	42,00
Reconstrucción de ángulo	27,00
Reconstrucción coronaria total	37,00
Poste prefabricado o retención radicular	INCLUIDO
Pins o espigas en dentista	INCLUIDO
Pulido de amalgama	INCLUIDO
Ferulizaciones de composite (por pieza)	45,00
Gran reconstrucción con perno metálico (acero inoxidable, titanio, otros)	50,00
Gran reconstrucción con perno orgánico (fibra de carbono, vidrio, otros)	45,00
Pins en dentina (unidad)	3,50
Recubrimiento pulpar directo	13,50
Recubrimiento pulpar indirecto	8,50

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA	
RECONSTRUCCIONES DENTARIAS	
Reconstrucción frente estético de composite (por pieza)	48,00
Reparación intraoral de porcelana (por pieza)	62,00
Carilla estética de composite	60,00
Carilla estética de porcelana	160,00
Carilla inyectada tipo Empress (Vita)	180,00
Carilla de zirconio tipo In-Ceram	200,00
Carilla tipo Procera (CAD-CAM)	220,00
Corona Jacket inyectada tipo Empress (Vita)	320,00
Corona Jacket o unidad de puente zirconio tipo In-Ceram	400,00
Corona Jacket torneadas tipo Procera (CAD-CAM)	400,00
Puente fijo zirconio tipo In-Ceram (por pieza)	400,00
· ORTODONCIA ESTÉTICA	
Suplemento ortodoncia lingual	200,00
Suplemento brackets estéticos (cerámicos, vidrio, otros)	200,00
ENDODONCIA	
Endodoncia unirradicular	68,50
Endodoncia birradicular	92,50
Endodoncia polirradicular	129,50
Cirugía periapical (apicectomía incluida)	INCLUIDO
Amputador radicular (hemisección)	28,00
Reendodoncia unirradicular	83,00
Reendodoncia birradicular	104,00
Reendodoncia polirradicular	138,50
PERIODONCIA	
Mantenimiento periodontal (Incluye revisiones, 2º limpieza, 2º raspajes, otros)	20,00
PRÓTESIS	
· PRÓTESIS FIJA	
Retirar puente/corona por pieza	10,50
Cementado de coronas y puentes	INCLUIDO
Incrustación metal	48,50
Incrustación composite	69,50
Incrustación porcelana	118,00
Carilla estética de porcelana	152,00
Carilla inyectada tipo Empress (Vita)	180,00
Carilla de zirconio tipo In-Ceram	200,00
Carilla tipo Procera (CAD-CAM)	220,00
Corona colada de metal	90,00
Corona de resina provisional	20,50
Corona metal-porcelana	180,00
Corona metal noble-porcelana	230,00

Corona Jacket porcelana convencional	138,50
Corona Jacket inyectada tipo Empress (Vita)	320,00
Corona Jacket zirconio tipo In-Ceram	400,00
Corona Jacket torneadas tipo Procera (CAD-CAM)	400,00
Muñón colado unirradicular	76,00
Muñón colado multirradicular	89,00
Puente fijo metal-acrílico (por pieza)	97,00
Puente fijo metal-porcelana (por pieza)	172,00
Puente fijo metal noble-porcelana (por pieza)	221,00
Puente fijo zirconio tipo In-Ceram (por pieza)	400,00
Apoyo Maryland (unidad)	55,50
Attaches	117,00
Sobredentadura (superior o inferior, por aparato)	249,00
· PRÓTESIS REMOVIBLE	
Removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	166,00
Removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	215,00
Removible acrílico (más de 6 piezas)	249,50
Suplemento resina hipoalérgica (por arcada)	30,00
Composturas (Rebase) (por aparato)	55,50
Composturas estético (Añadido de retenedor)	36,50
Composturas (Refuerzo metálico)	17,50
Composturas (Añadir pieza a removible acrílico)	35,00
Compostura (simple)	21,00
Completa (una arcada, superior o inferior)	262,00
Completa (ambas arcadas)	480,00
Esqueléticos (cada pieza)	38,00
Esqueléticos (estructura base)	171,50
Composturas (Añadir pieza a esquelético)	41,50
Composturas esqueléticos (soldaduras)	69,00
Removible flexible 1-3 piezas (Flexite, Valplast, otros)	350,00
Removible flexible 4-6 piezas (Flexite, Valplast, otros)	370,00
Removible flexible 7+ piezas (Flexite, Valplast, otros)	400,00
IMPLANTOLOGÍA	
Mantenimiento implantológico (Incluye revisiones, limpiezas, otros)	20,00
· CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA	
Implante osteointegrado tornillo (unidad) 1º fase quirúrgica	550,00
Implante osteointegrado tornillo (unidad) 2º fase quirúrgica	67,50
Férula de estudio prequirúrgico	90,00
Técnica de elevación de seno maxilar	174,00
Regeneración con biomateriales (hidroxiapatita, otros) (por pieza)	85,00
Regeneración con biomateriales (hidroxiapatita, otros) (por cuadrante)	242,00
· PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES	
Corona implanto soportada metal-porcelana	208,00
Corona implanto soportada metal noble-porcelana	278,00

Muñón preformado	140,00
Barra Dolder en metal	111,00
Barra Dolder metálica (sobre 2 implantes)	140,00
Barra Dolder metálica (sobre 3 implantes)	175,00
Barra Dolder metálica (sobre 4 o más implantes)	210,00
Barra Dolder en oro (sobre implantes)	SPC
Recargo por brackets de cerámica o vidrio (cada arcada)	SPC
Interlock	104,00
Elementos fijación sobredentadura (unidad)	102,00
Sobredentadura sobre implantes (por aparato)	315,00
Mesoestructura	472,60
Completa inmediata provisional (por aparato)	173,00

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente Contrato de seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:

Dr. Paul-Otto Faßbender

Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)

Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper

Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418

Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.

Nº Registro en DGSFP: J0250

CIF. A-58850793

c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

**CONDICIONES GENERALES
DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG
Domicilio Social: ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf
C.I.F. DE 811 125 216
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

El presente contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de este contrato.

Artículo preliminar: DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. ASEGURADOR: ARAG Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG, es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado y su actividad como entidad aseguradora se halla sometida al control administrativo de la Dirección General de Seguros organismo dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado español.
2. TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.
3. ASEGURADO: La persona física o jurídica, titular del interés objeto del seguro.
4. TERCEROS: Cualquier persona física o jurídica distinta de:
 - a) El Tomador del seguro y el Asegurado.
 - b) Los cónyuges, ascendientes y descendientes del Tomador del seguro y del Asegurado.
 - c) Los familiares del Tomador del seguro y del Asegurado que convivan con ellos.
 - d) Los socios, directivos, asalariados y personas que, de hecho o de derecho, dependan del Tomador del seguro o del Asegurado, mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia.
5. POLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo; las Especiales, y los Suplementos

o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

6. PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

7. CAPITAL ASEGURADO: La cantidad fijada en cada una de las garantías de la póliza.

8. SUMA ASEGURADA: El límite máximo de la indemnización a satisfacer por el Asegurador, en caso de siniestro.

9. SINIESTRO: Todo hecho que haya producido un daño del que pueda resultar civilmente responsable el Asegurado y que se derive necesariamente del riesgo concreto objeto del seguro. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa original con independencia del número de reclamantes o reclamaciones formuladas.

10. DAÑO PERSONAL: Lesión corporal o muerte, causados a personas físicas y perjuicios económicos que sean consecuencia directa de los mismos.

11. DAÑO MATERIAL: El daño, deterioro o destrucción de una cosa, así como el daño ocasionado a los animales y perjuicios económicos que sean consecuencia directa de los mismos.

Artículo primero. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO

1.1 OBJETO DEL SEGURO. En los términos y condiciones consignados en la póliza, el Asegurador toma a su cargo la responsabilidad civil extracontractual que pueda derivarse para el Asegurado, de acuerdo con los artículos 1.902 y siguientes del Código Civil, como consecuencia de los daños y perjuicios causados involuntariamente a terceros por hechos que deriven del riesgo especificado en la presente póliza.

1.2 PRESTACIONES DEL ASEGURADOR. Dentro siempre de los límites fijados en las Condiciones Particulares, correrán por cuenta del Asegurador.

-El abono a los perjudicados o a sus derecho-habientes de las indemnizaciones a que diera lugar la responsabilidad civil del Asegurado.

-El pago de las costas y gastos judiciales o extrajudiciales inherentes al siniestro, que se abonará en la misma proporción existente entre la indemnización que deba satisfacer el Asegurador, de acuerdo con lo

previsto en la póliza, y el importe total de la responsabilidad del Asegurado en el siniestro.

-La constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado para garantizar su responsabilidad civil.

No responderá el Asegurador del pago de multas o sanciones ni de las consecuencias de su impago. Serán por cuenta del Asegurado, en concepto de franquicias, las cantidades o los porcentajes que, sobre las indemnizaciones, hayan sido pactadas en las Condiciones Particulares.

1.3. DELIMITACION GEOGRAFICA DE LA COBERTURA. La garantía de este seguro se extiende y limita a las responsabilidades derivadas de daños sobrevenidos en ámbito mundial.

1.4. VIGENCIA TEMPORAL DEL SEGURO. Queda cubierta por el seguro la responsabilidad civil derivada de los daños que se produzcan durante la vigencia del contrato de seguro.

1.5. RIESGOS EXCLUIDOS. Queda excluida del seguro la responsabilidad civil:

a) *Por daños sufridos por los bienes, que por cualquier motivo (depósito, uso, manipulación, transporte u otro), se hallen en poder del Asegurado o de personas de quien éste sea responsable.*

b) *Por daños causados a bienes o personas sobre los que está trabajando el Asegurado o persona de quien éste sea responsable.*

c) *Por daños que tengan su origen en la infracción o incumplimiento voluntario de las normas que rigen las actividades objeto del seguro.*

d) *Derivada de daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo, terremotos e inundaciones y otros eventos extraordinarios.*

e) *Incurrida por daños causados por la contaminación del suelo, las aguas o la atmósfera.*

f) *Por daños causados:*

-Por los productos, materias y animales después de la entrega una vez que el Asegurado haya perdido el poder de disposición sobre los mismos.

-Por los trabajos realizados o servicios prestados por el Asegurado una vez terminados, entregados o prestados.

g) *Por los daños materiales causados por incendio o explosión.*

h) *Por los daños derivados de fusión o fisión nuclear, radiación o contaminación radioactiva.*

i) *Que deba ser objeto de cobertura por un seguro obligatorio.*

j) *Derivada del uso y circulación de vehículos a motor y de los elementos remolcados o incorporados a los mismos.*

k) *Derivada de daños causados por cualquier artefacto, nave o aeronave destinados a la navegación o sustentación acuática o aérea.*

Artículo segundo. PERFECCION Y EFECTOS DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de la prima, salvo pacto en contrario en Condición Particular. En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

Artículo tercero. PAGO DE LA PRIMA

3.1. TIEMPO DEL PAGO. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

3.2. DETERMINACION DE LA PRIMA. En la póliza se indicará expresamente el importe de las primas devengadas por el seguro o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación. En este último caso se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada período de seguro.

3.3. CALCULO Y LIQUIDACION DE PRIMAS REGULARIZARLES

3.3.1. Si como base para el cómputo de la prima se hubieren adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, en la póliza se señalará al propio tiempo, la periodicidad con que deberá reajustarse la prima. Si no se indicare, se entenderá que la prima ha de reajustarse al final de cada período de seguro.

3.3.2. *Dentro de los treinta días siguientes al término de cada período de regularización de prima, el Tomador del seguro o el Asegurado, deberá proporcionar al Asegurador los datos necesarios para la regularización de la prima.*

3.3.3. *El Asegurador tendrá, en todo tiempo y hasta tres meses después de finalizado el contrato, el derecho de practicar inspecciones para verificación o averiguación de los datos referentes a los elementos o magnitudes sobre los que la prima esté convenida, debiendo facilitarle el*

Asegurado o, en su defecto el Tomador del Seguro, las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento o comprobación de los referidos datos. Si estas inspecciones han sido motivadas por el incumplimiento del deber establecido en el apartado 3.3.2. el Asegurador podrá exigir del Tomador del seguro el pago de los gastos causados por dichas inspecciones.

3.3.4. Si se produjese el siniestro estando incumplido el deber de declarar previsto en 3.3.2., o la declaración realizada fuere inexacta, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador del seguro o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

b) En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y de la que se hubiere aplicado de haberse conocido el importe real de las magnitudes que sirven de base para su cómputo.

3.4. LUGAR DE PAGO. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, éste habrá de efectuarse en el domicilio del Tomador del seguro.

3.5. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE LAS PRIMAS. Si por culpa del Tomador del seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, 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, y salvo pacto en contrario en Condición Particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. En caso de falta de pago una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Se considerará como fecha de vencimiento de las primas que procedan de las liquidaciones previstas en el artículo 3.3., al día en que le sea presentado el correspondiente recibo de la prima al Tomador del seguro. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Artículo cuarto. BASES DEL CONTRATO, DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo

por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones derivadas del contrato y la fijación de la prima. La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del seguro, así como la proposición del Asegurador en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro 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.

Artículo quinto. INFORMACION AL CONCERTAR EL SEGURO

El Tomador del seguro tiene el deber de mantener informado al Asegurador sobre la naturaleza y circunstancias del riesgo así como del acontecimiento de cualquier hecho, conocido por el mismo, que pueda agravarlo o variarlo. Esta obligación comienza al concertar el seguro para cuya conclusión habrá debido declarar el Tomador del seguro 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. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Desde el momento mismo en que el Asegurador haga esta declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte. Si el siniestro sobreviniere antes de que el Asegurador hubiere hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediando dolo o culpa grave del Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Artículo sexto. AGRAVACION DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste, en el momento de la perfección del contrato, o no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Artículo séptimo. FACULTADES DEL ASEGURADOR ANTE LA AGRAVACION DEL RIESGO

El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. En tal 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 del seguro, el Asegurador puede, transcurrido 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 ocho siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva. El Asegurador podrá, igualmente, 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.

Artículo octavo. CONSECUENCIAS DE NO COMUNICAR LA AGRAVACION DEL RIESGO

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la presentación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. En el caso de agravación del riesgo, durante el tiempo del seguro, que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindido el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, el Asegurador hará suya en su totalidad la prima cobrada. Siempre que dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de la

prima satisfecha correspondiente al período que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

Artículo noveno. DISMINUCION DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, 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 para el Tomador el seguro. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción que corresponda, 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 hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento del riesgo.

Artículo décimo. DURACION DEL SEGURO

Las garantías de la póliza entran en vigor el día y hora indicado en las Condiciones Particulares. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, se entenderá prorrogada por el plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad. Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

Artículo décimoprimer. EXTINCCION DEL SEGURO

Si durante la vigencia del contrato se produjera la desaparición del interés o del riesgo, el Asegurador tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.

Artículo décimosegundo. OBLIGACIÓN DE COMUNICAR EL SINIESTRO

El Tomador del seguro o el Asegurado deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. *En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta o retraso de la declaración.*

Artículo décimotercero. DEBER DE INDICAR CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS

El Tomador del seguro o del Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, el rehúse del siniestro sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

Artículo décimocuarto. DEBER DE AMINORAR LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado y el Tomador del seguro vendrán obligados a adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente en su cumplimiento como si no existiera seguro. Comunicará al Asegurador inmediatamente de su recepción y a más tardar en el plazo de 48 horas, cualquier notificación judicial o administrativa que llegue a su conocimiento y que pueda estar relacionada con el siniestro.

Ni el Asegurado, ni el Tomador del seguro ni persona alguna, en nombre de ellos, podrán negociar, admitir o rechazar ninguna reclamación sin la autorización del Asegurador. El incumplimiento de estos deberes facultará al Asegurador para reducir la prestación haciendo partícipe al Asegurado en el siniestro en la medida en que con su comportamiento haya agravado las consecuencias económicas del siniestro, o en su caso, a reclamar daños y perjuicios. Si el incumplimiento del Tomador del seguro o del Asegurado se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al Asegurador o si obrasen dolosamente en convivencia con los reclamantes o con los damnificados, el Asegurador quedará liberado de toda presentación derivada del siniestro.

Artículo décimoquinto. TRAMITACION DEL SINIESTRO

El Asegurador tomará la dirección de todas las gestiones relacionadas con el siniestro, actuando en nombre del Asegurado para tratar con los perjudicados, con sus derechohabientes o reclamantes, comprometiéndose el Asegurado a prestar su colaboración. Si por falta de esta colaboración se perjudicaren o disminuyeren las posibilidades de defensa del siniestro, el Asegurador podrá reclamar al Asegurado daños y perjuicios en proporción a la culpa del Asegurado y al perjuicio sufrido.

Artículo décimosexto. DEFENSA DEL ASEGURADO

En cualquier procedimiento judicial que se derive de un siniestro amparado por la póliza, el Asegurador, salvo pacto en contrario, asumirá, a sus expensas, la dirección jurídica frente a la reclamación del perjudicado, designando los letrados y procuradores que defenderán y representarán al Asegurado en las actuaciones judiciales que se le siguieren en reclamación de responsabilidades civiles cubiertas por esta póliza, y ello aún cuando dichas reclamaciones fueren infundadas.

El Asegurado deberá prestar la colaboración necesaria a dicha defensa, comprometiéndose a otorgar los poderes y la asistencia personal que fueren precisos.

La prestación de defensa y representación en causas criminales será potestativa del Asegurador, salvo que, en la póliza se haya pactado lo contrario. Sea cual fuere el fallo o resultado del procedimiento judicial, el Asegurador se reserva la decisión de ejercitar los recursos legales que procedieren contra dicho fallo o resultado, o el conformarse con el mismo. Si el Asegurador estima improcedente el recurso, lo comunicará al Asegurado, quedando éste en libertad para interponerlo por su exclusiva cuenta y aquél obligado a reembolsarle los gastos judiciales y los de abogado y procurador, en el supuesto de que dicho recurso prosperase. Cuando se produjere algún conflicto entre el Asegurado y el Asegurador motivado por tener que sustentar éste en el siniestro intereses contrarios a la defensa del Asegurado, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del Asegurado, sin perjuicio de realizar aquellas diligencias que, por su carácter urgente, sean necesarias para la defensa. En este caso el Asegurado podrá optar entre el mantenimiento de la dirección jurídica por el Asegurador o confiar su propia defensa a otra persona. En este último caso, el Asegurador quedará obligado a abonar los gastos de tal dirección jurídica hasta el límite pactado en la póliza.

Artículo decimoséptimo. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo Tomador con distintos Aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada Asegurador los demás seguros que estipule. Si por dolo se omitiera esta comunicación, los Aseguradores no están obligados a pagar la indemnización. Una vez producido el siniestro, el Tomador de seguro o el Asegurado deberá comunicarlo, de acuerdo con lo previsto en

el artículo 13°. a cada Asegurador, con indicación del nombre de los demás. Los Aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de este límite el Asegurado puede pedir a cada Asegurador la indemnización debida, según el respectivo contrato.

Artículo décimoctavo. PAGO DE LA INDEMNIZACION

El Asegurador, dentro de los límites y condiciones de la póliza, abonará la indemnización, en el plazo máximo de cinco días, a partir de la fecha en que el importe de dicha indemnización haya sido fijada por sentencia firme o haya sido determinada por reconocimiento de responsabilidad hecho por el Asegurador. El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, anticipando el pago del importe mínimo dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración. Si transcurridos tres meses desde la fecha del siniestro causado sin mala fe del Asegurado, el Asegurador no ha reparado o repuesto los bienes siniestrados o no ha pagado la indemnización, se entenderá que el Asegurador incurre en mora. La indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50%; no obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20% anual (artículos 18, 19 y 20 de la Ley del Contrato de Seguro).

Artículo décimonoveno. SUBROGACION Y REPETICION

19. 1. Subrogación del Asegurador en los deberes y derechos del Asegurado.

19.1.1. El Asegurador se subroga en los derechos, acciones y obligaciones del Asegurado para tratar con los perjudicados o sus derecho-habitantes y para indemnizarles en su caso.

19.1.2. Igualmente, el Asegurador, una vez satisfecha la indemnización, podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón del siniestro, correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

19.1.3. El Asegurador no podrá ejercitar los derechos en que se haya subrogado contra el Asegurado.

19.1.4. El Asegurado responderá ante el Asegurador de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

19.1.5. El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad de los mismos está amparada por un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

19.1.6. En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se atribuirá al titular del respectivo derecho y en las titularidades comunes, se repartirá entre ambos en proporción de su respectivo interés.

19.2. Repetición del Asegurador contra el Asegurado.

El Asegurador podrá repetir contra el Asegurado por el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus derecho-habientes cuando el daño o perjuicio causado a tercero sea debido a conducta dolosa del Asegurado.

19.3. Reclamación de daños y perjuicios al Asegurado o al Tomador del seguro.

El Asegurador podrá igualmente reclamar los daños y perjuicios que le hubiere causado el Asegurado o el Tomador del seguro en los casos y situaciones previstos en la póliza, y/o exigirle el reintegro de las indemnizaciones que hubiere tenido que satisfacer a terceros perjudicados por siniestros no amparados por el seguro.

Artículo vigésimo. PRESCRIPCION

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los dos años.

Artículo vigésimoprimer. TRANSMISION DEL RIESGO ASEGURADO

El contrato de seguro quedará automáticamente rescindido desde el mismo momento en que se produzca la transmisión del riesgo asegurado, salvo que el Asegurador y el nuevo adquirente hubieran dado su conformidad, por escrito, a la continuación del seguro. Lo establecido en este artículo se aplicará también en los casos de muerte, suspensión de pagos, quita y espera, quiebra o concurso del Tomador del seguro o del Asegurado.

Artículo vigésimosegundo. LEGISLACIÓN APLICABLE. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES Y PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

Se aplicará al presente contrato de seguro la legislación española, siendo las diferentes instancias y procedimientos de reclamación, tanto internas como externas, utilizables en caso de litigio, las siguientes:

1. Internas: El tomador del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán dirigir reclamación al Departamento de Siniestros del Asegurador, según el procedimiento estipulado en caso de siniestro en el presente condicionado general.

2. Externas:

a) Será juez competente para las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

b) El Tomador del Seguro, Asegurado, Beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros, como órgano de control y supervisión de la actividad aseguradora, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda en orden a la defensa de los derechos derivados del Contrato de Seguro y a la protección ante prácticas abusivas, según el procedimiento administrativo previsto en el artículo 62.2 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Artículo vigésimotercero. COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito. Las dirigidas al Asegurador, podrán hacerse, bien directamente al mismo, en su domicilio social o en el de sus sucursales.

2. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado al Agente de Seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

3. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o el Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro o el Asegurado, salvo indicación en contrario de éstos. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor de Seguros no

se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, dicho Corredor, entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador.

4. El Asegurador enviará sus comunicaciones al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro.


5. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Artículo vigésimocuarto. CONFIDENCIALIDAD

Las partes quedan sometidas a las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, y reconocen que los datos personales que figuran en la póliza de seguros, que las presentes Condiciones Generales regulan, han sido voluntariamente facilitados, como necesarios e imprescriptibles para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relación contractual que comporta el seguro formalizado al objeto de que sean tratados manualmente o mediante tratamiento informatizado. El Tomador del Seguro y/o Asegurado saben el derecho que les asiste para conocer, rectificar o cancelar cualquiera de sus datos de carácter personal integrados en el fichero correspondiente. Asimismo, El Tomador del Seguro y el Asegurado expresamente consienten el tratamiento automatizado de dichos datos a los efectos de la suscripción del seguro, así como la cesión total o parcial de esta información a otras Entidades Aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tramitación de posibles siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:

Dr. Paul-Otto Faßbender

Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus

(Portavoz)

Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper

Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418

Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

POLIZA DEL SEGURO

Condiciones Particulares Responsabilidad Civil Federaciones Deportivas

Número de Póliza: 102156103 RC

Tomador del Seguro

FEDERACION ANDALUZA DE BALONCESTO
G-14085674
Avenida Guerrita Nº 31 Local 5
14005 CORDOBA

Fecha de efecto : 01-09-09
Fecha de vencimiento : 31-08-10
Forma de Pago :
Duración : Anual Temporal
Domicilio de Cobro : Por Mediador / El del Tomador

Nº Asegurados : 18.452

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Mediador:
Pont Grup
Correduría de Seguros S.A.
C/ Cuevas Bajas nº4-3ª planta
29004 Málaga
www.pontgrup.com
Teléfono: 902 100 618
Telefax: 902 100 332

Fecha de emisión: 22-09-09

Regulaciones y referencias de la póliza

Los mutuos derechos y deberes se regulan en el contenido de la Póliza con las consiguientes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Definiciones de riesgo, Condiciones especiales y adicionales, así como las cláusulas adjuntas, términos y regulaciones legislativas.

RESUMEN DE GARANTIAS SUSCRITA

<u>COBERTURAS</u>	<u>CAPITAL ASEGURADO</u>
Responsabilidad Civil Explotación *	150.000 €
Sublímite por víctima	60.000 €
Franquicia por siniestro	300 €

* Suma asegurada por siniestro/ año


REVALORIZACION AUTOMATICA DE CAPITALES: NO

CONDICIÓN DE TERCEROS: A los efectos de la cobertura de la presente póliza se entienden como terceros los empleados, directivos, técnicos o deportistas asegurados de la Federación, quedando amparadas tanto las reclamaciones por responsabilidad civil por daños causados a terceros, como las reclamaciones por daños causados entre miembros de la propia Federación a excepción de los originados por hechos inherentes a la práctica deportiva.

AMBITO DE COBERTURA: La presente póliza tendrá un ámbito de cobertura mundial excepto Estados Unidos y Canadá.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:
Dr. Paul-Otto Faßbender
Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)
Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418
Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro en DGSFP: J0250
CIF. A-58850793
c/ Cuevas Bajas nº4-3ª planta, 29004-Málaga

Página 1 de 2

POLIZA DEL SEGURO

ANEXO Condiciones Particulares Responsabilidad Civil Federaciones Deportivas

Número de Póliza: 102156103 RC

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Tomador del Seguro

FEDERACION ANDALUZA DE BALONCESTO
G-14085674

Fecha de efecto : 01-09-09
Fecha de vencimiento : 31-08-10
Forma de Pago :
Duración : Anual Temporal
Domicilio de Cobro : Por Mediador / El del Tomador

Mediador:

Pont Grup

Correduría de Seguros S.A.

C/ Cuevas Bajas nº4-3ª planta
29004 Málaga

www.pontgrup.com

Teléfono: 902 100 618

Telefax: 902 100 332

Fecha de emisión: 22-09-09

INFORMACIÓN DE INTERES

De Conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, otorga su consentimiento expreso para que los mismos sean tratados informática y únicamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, para la colaboración estadístico-actuarial y para la prevención del fraude..

El Tomador del Seguro y/o Asegurado, declara que la información y datos recabados son exactos y veraces. Asimismo, reconoce haber recibido junto con estas Condiciones Particulares, las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza, y haber sido informado por escrito, con anterioridad a la suscripción del presente contrato, en cumplimiento de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre (LOSSP) de los siguiente: El Asegurador ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tiene su domicilio social en Düsseldorf (Alemania), siendo aplicable al contrato la legislación española. Asimismo, declara haber sido informado por el Mediador de la Póliza conforme a lo establecido en la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros Privados.

El Tomador del Seguro y/o Asegurado acepta específicamente el contenido de las condiciones de sus derechos, destacados de modo especial en negrita en la Póliza.

El Tomador del Seguro es conocedor de las garantías y opciones ofrecidas por el Asegurador y asume la obligación de informar a todos los asegurados-beneficiarios de la citada información recibida, así como de los derechos y obligaciones que afecten a los mismos con la formalización del contrato de seguro.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1 – 40472 Düsseldorf



Consejero General:
Dr. Paul-Otto Faßbender
Director Ejecutivo: Dr. h.c. Michael M. Benninghaus (Portavoz)
Dieter Schmitz, Friedhelm Westkämper
Sede y Registro en Düsseldorf, HRB 10 418
Ust-ID-Nr.: DE 811 125 216

EL TOMADOR

EL MEDIADOR

Pont Grup, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro en DGSFP: J0250
CIF. A-58850793
c/ Cuevas Bajas nº4-3ª Planta. 29004-Málaga