

Tomador: Federación de Gallega de Motociclismo, C/ Fotógrafo Luis Ksado, 17 – Oficina 14,36209 Vigo- NIF G36651065

Entidad Aseguradora: VidaCaixa, S.A.U, de Seguros y Reaseguros. C/ Juan Gris, 2-8, 08014 - Barcelona (España) - NIF A-58333261.

Mediador: MARSH, S.A. MEDIADORES DE SEGUROS. Pº de la Castellana 216, Madrid, 28046 - N.I.F A-81332322

Régimen del contrato

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, así como por lo establecido en 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 por su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y por las demás normas reguladoras de los seguros privados que resulten de aplicación. Asimismo, se rige por lo convenido en las condiciones generales, particulares, y, en su caso, certificados individuales de seguro de este mismo contrato y por los suplementos o anexos a éstos, y siempre que se realice por parte del tomador el pago efectivo de las primas pactadas.

Las partes acuerdan expresamente, previo pago de la prima que en su caso proceda, introducir en la póliza todas las modificaciones que sean necesarias, mediante la emisión de suplementos o anexos a las condiciones generales, y/o particulares, y/o certificados individuales de seguro de este contrato, sin que tales modificaciones den lugar a la extinción de la relación contractual originaria recogida en la póliza.

Definiciones

Grupo asegurable: Personas pertenecientes a la Federación de Gallega de Motociclismo, que cumpliendo con las condiciones de adhesión, el tomador autorice a incluir en la póliza y la entidad aseguradora acepte asegurar.

Grupo asegurado: Personas que perteneciendo al grupo asegurable en la fecha de constitución del presente contrato, tienen en vigor una de las licencias indicadas a continuación:

Grupo 1: Federados mayores de 14 años anual.

Grupo 2: Federados menores de 14 años anual.

Grupo 3: Federados Anual Trial, Minimoto, Mini motor, mini velocidad.

Grupo 4: Cargos Oficiales (personal federativo, preparadores, mecánicos y técnicos).

Grupo 5: Pilotos extranjeros.

Grupo 6: Seguro de 1 Prueba (hasta 3 días consecutivos).

Grupo 7: Licencias de Turismo Anual, Licencia Anual de Entrenos y Licencia Social Anual.

Grupo 8: Suplemento Internacional.

Grupo 9: Campus de 15 días para menores de 14 años.

Grupo 10: Credencial Comisarios de Pista.

Grupo 11: Credencial de iniciación de 4 a 6 años

El seguro asociado a la licencia del grupo 8 no es contratable en el presente contrato, sino a través del contrato que suscriba la RFME para dicho objeto. Las coberturas de la licencia del grupo 8 suponen una ampliación de las coberturas del resto de grupos cuando se produce un accidente durante la celebración de una prueba internacional, según se define en el apartado 1.1) siguiente, actuando dichas coberturas en exceso de los límites de prestación cubiertos por las licencias de los grupos 1,2,3,4,5,6 y 7.

Se considerarán asegurados, aquellas personas que sean residentes en España y Andorra, salvo los asegurados con licencia del Grupo 5 que podrán ser residentes en otro país.

La incorporación al seguro de los asegurados en la fecha de constitución del presente contrato o en un momento posterior, así como las modificaciones de prestaciones, sólo tendrán lugar si los asegurados disfrutan de plena capacidad para el desarrollo de la actividad objeto de cobertura y disfrutan de buen estado de salud, y no padecen ninguna invalidez permanente o temporal, enfermedad grave u otra que les pueda invalidar en el futuro para el desempeño de la actividad cubierta por la presente póliza, ni se encuentra incurso en ningún procedimiento de declaración de invalidez en cualquier grado. En cualquier caso, se deberá indicar expresamente a la entidad aseguradora los asegurados que no cumplan los requisitos anteriores o se hallen en situación de invalidez temporal para la valoración del riesgo y, en su caso, aceptación.

Accidente: Toda lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado. **En ningún caso se considerará accidente:**

a) **El infarto de miocardio**, entendiéndose como tal la muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco (miocardio), consecuencia de

la obstrucción de una o varias arterias coronarias, confirmada por un historial de dolor precordial de pecho, alteraciones en los electrocardiogramas y enzimas cardíacas (fracción MB de la creatincinasa) superiores a los niveles normales de laboratorio.

b) **La apoplejía o accidente cerebrovascular**, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

c) **Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social**, lumbagos, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

d) **La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica**, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

Accidente de circulación: El accidente definido en los términos antes indicados, cuando derive del uso y circulación de vehículos por vías y bienes de dominio público, garajes y aparcamientos, así como por vías privadas que no estén especialmente destinadas o acotadas para el desarrollo por dicho vehículo de un trabajo o labor industrial o agrícola, y que sobrevenga al asegurado en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Cuando, sin ocupar plaza en ningún vehículo, las lesiones sufridas sean causadas por cualquier vehículo terrestre en movimiento.

b) Conduciendo u ocupando plaza de pasajero en vehículo terrestre.

c) Ocupando plaza como pasajero en un medio de transporte público de personas terrestre, aéreo, marítimo o fluvial.

Invalidez permanente parcial por accidente: la pérdida anatómica o impotencia funcional de aquellos miembros u órganos delimitados en el baremo recogido en condiciones particulares, como consecuencia de un accidente, ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal pérdida o impotencia es consecuencia del mismo.

Objeto del seguro: prestaciones aseguradas

1.- Por el presente contrato la entidad aseguradora se obliga, a cambio de la percepción de la prima, a abonar al/los beneficiario/s las prestaciones previstas en las condiciones particulares y/o suplementos que se emitan a las mismas y de ocurrir el evento asegurado en cada una de las prestaciones contratadas, todo ello en los términos y condiciones que en cada momento comunique el tomador y acepte la entidad aseguradora y estén recogidos en la presente póliza.

1.1.- Ámbito de contratación de las prestaciones:

El ámbito de contratación del riesgo – para todas las prestaciones indicadas a continuación -, se refiere exclusivamente a las actividades que se indican a continuación:

- Accidentes ocurridos durante la celebración de pruebas, en España o Andorra, organizadas por la Real Federación Motociclista de España (RFME) y/o cualquiera de las federaciones autonómicas dependientes de la anterior y que consten en el Calendario de Actividades de la federación organizadora.

- Accidentes ocurridos durante la celebración de pruebas, en España o Andorra, organizadas por clubs u otras entidades debidamente constituidas, siempre que estén aceptadas expresamente por la Real Federación Motociclista de España (RFME) y/o cualquiera de las federaciones autonómicas dependientes de la anterior y que consten en el Calendario de Actividades de la federación organizadora.

- Accidentes ocurridos en entrenamientos, en España o Andorra, incluidos en los calendarios oficiales de la Real Federación Motociclista de España (RFME) y/o cualquiera de las federaciones autonómicas dependientes de la anterior.

- Accidentes ocurridos durante la celebración de pruebas, fuera de España y Andorra, que formen parte del programa de actividades de la correspondiente Federación Nacional de motociclismo, cuando exista autorización expresa de la RFME y los entrenamientos que se realicen fuera de España y Andorra relacionados con tales pruebas.

- Se incluye expresamente la celebración de las siguientes pruebas del calendario del Campeonato de España que se celebran fuera del territorio:

•Circuito de Le Mans (Francia)

•Circuito de D´Algarve en Portimao (Portugal)

Se excluye expresamente de este ámbito de cobertura la participación de los asegurados en las pruebas del Campeonato del Mundo de Moto3, Moto 2 y Moto GP que se celebren fuera de España.

1.2.- Prestación/es contratadas Se contratan las siguientes prestaciones, cuya definición se establece en el apartado 1.3 siguiente.

1.2.1- Para la los grupos 1.2.3.4.5.6.7.9 .10 y 11 se contratan las siguientes garantías:

-Prestación por fallecimiento por accidente.

-Prestación por fallecimiento.

-Prestación por invalidez permanente parcial por accidente.

-Prestaciones por asistencia sanitaria por accidente.

1.3- Definición de las prestaciones contratadas

Prestación por fallecimiento por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, si se produce el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y en el ámbito de cobertura especificado en el apartado 1.2) anterior , siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia del mismo y con las limitaciones de la Cláusula 10 "Riesgos excluidos" del presente documento. El importe asegurado es de 7.600,00 Euros (en caso de menores de 14 años limitado a gastos de sepelio).

Prestación por fallecimiento, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce el fallecimiento del asegurado durante la práctica deportiva objeto de cobertura y en el ámbito de cobertura especificado en el apartado 1.2) anterior, siempre que se produzca por causa distinta a la práctica deportiva y con las limitaciones de la Cláusula 10 "Riesgos excluidos" del presente documento. Esta prestación es incompatible con la prestación por fallecimiento por accidente definida en el apartado 1.3.1 anterior. El importe asegurado es de 1.900,00 Euros (en caso de menores de 14 años limitado a gastos de sepelio).

Prestación por invalidez permanente parcial por accidente, en que la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, si se produce la pérdida anatómica o impotencia funcional de aquellos miembros u órganos delimitados en el baremo recogido a continuación, como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y en el ámbito de cobertura especificado en el apartado 1.2) anterior , siempre que se pruebe que tal pérdida o impotencia es consecuencia del mismo y con las limitaciones de la Cláusula 10 "Riesgos excluidos" del presente documento.

A los efectos anteriores, el importe a satisfacer por esta prestación será el resultante de aplicar los porcentajes indicados a continuación sobre el importe asegurado, siendo el importe asegurado de 18.500,00 Euros.

La expresión "pérdida completa del uso de un miembro" significa su impotencia funcional absoluta, de tal manera que los miembros de los cuales no se pueda hacer ningún uso, haya que considerarlos como perdidos o amputados.

En caso de que el asegurado fuese zurdo, se invertirán los porcentajes establecidos en el baremo para los lados derecho e izquierdo.

- Pérdida o inutilidad de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una pierna y un pie, o de ambas piernas o ambos pies, : 100%
- Enajenación mental, incurable que excluya cualquier trabajo:100%
- Parálisis completa, : 100%
- Ceguera absoluta, : 100%
- Pérdida o inutilidad absoluta:
 - del brazo, de la mano; derecha: 60%, izquierda: 50%
 - del dedo pulgar; derecho: 22%, izquierdo: 18%
 - del dedo índice; derecho:15%, izquierdo: 12%
 - de uno de los demás dedos de la mano; derecho:8%, izquierdo: 6%
 - de una pierna: 50%,
 - de todos los dedos y una parte del pie: 25%
 - del dedo gordo del pie: 8%
 - de uno de los demás dedos del pie: 3%
 - pérdida completa de la visión de un ojo: 30%
 - reducción de la mitad de la visión binocular: 25%
 - sordera completa: 60%
 - sordera total de un oído: 15%
 - fractura no consolidada de una pierna o un brazo: 25%
 - rigidez completa de la columna vertebral: 40%
 - extracción de la mandíbula inferior: 25%
 - fractura no consolidada de la mandíbula inferior: 20%
 - pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro: 20%
 - impotencia funcional absoluta del codo: 20%
 - impotencia funcional absoluta de la cadera: 20%
 - impotencia funcional absoluta de la rodilla: 20%

- impotencia funcional absoluta del empeine del pie y del tobillo: 20%
- fractura no consolidada en la rótula: 20%
- encogimiento de cinco cms., por lo menos, de un miembro inferior: 20%
- encogimiento de tres cms., por lo menos, de un miembro inferior: 10%
- pérdida completa del uso de los dedos de una mano:10%
- amputación de cuatro falanges de una mano: 10%
- pérdida completa de los movimientos de la muñeca:10%

Serán de aplicación, como complemento del anterior baremo, las siguientes normas:

a) El porcentaje aplicable en caso de existencia de varios tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional derivados de un mismo accidente, se determinará sumando los porcentajes propios de cada pérdida anatómica o impotencia funcional y, como máximo, hasta un porcentaje del 100%.

b) La suma de los porcentajes por varios tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

c) Los tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional no especificados de modo expreso en el baremo se valorarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

d) Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial serán valoradas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro afectado.

e) Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba, con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Esta prestación es independiente del hecho de que el asegurado se encuentre en situación de incapacidad permanente parcial según el régimen correspondiente de la Seguridad Social y, por tanto, el reconocimiento de dicha situación por parte del órgano competente no determina que, necesariamente, se genere el derecho del beneficiario a percibir esta prestación.

Prestaciones por asistencia sanitaria por accidente, e en que la entidad aseguradora se compromete a asumir los gastos indicados a continuación, dentro del límite de 18 meses a contar desde la fecha del accidente y respecto de los casos de accidentes garantizados por el contrato de seguro ocurridos en el periodo de cobertura y en el ámbito de cobertura especificado en el apartado 1.2) anterior y con las limitaciones de la Cláusula 10 "Riesgos excluidos" del presente documento.

En concreto, se incluyen en ésta cobertura los siguientes gastos:

- a) Asistencia médico-farmacéutica e intervenciones quirúrgicas.
- b) Estancia en clínicas y hospitales y traslado a los mismos desde el lugar del accidente, siempre que por la naturaleza de las lesiones resulte necesario.
- c) Gastos originados por rehabilitación.
- d) Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (**no prevención**) hasta el 100% del importe total de la factura y contra los justificantes oportunos.
- e) Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 400,00 Euros.

A efectos del presente contrato, se entiende por asistencia sanitaria por accidente los actos médicos y terapéuticos necesarios para la curación y recuperación de las lesiones del asegurado causadas por los accidentes cubiertos en la póliza, hasta su estabilización y consolidación, quedando fuera de cobertura aquellas prestaciones destinadas al cuidado del asegurado que no supongan una mejora en su estado de salud, por ser éste irreversible, y los cuidados paliativos.

La asistencia sanitaria, los gastos farmacéuticos, la rehabilitación, adquisición de material ortopédico u otros gastos cubiertos deben, en todo caso, ser prescritos por el médico encargado de la asistencia así como los gastos de transporte del accidentado desde el lugar del accidente hasta el lugar donde deba ser atendido deberán ser prescritos por el médico de la asistencia y obedecer a una causa justificada.

El transporte sanitario, solo está contemplado en los casos en los que la lesión lo exija y correrán a cargo del asegurador en los siguientes supuestos:

En los casos en que el Organizador del evento esté en la obligación de contratar el servicio de transporte sanitario durante la celebración del mismo (ej. competiciones oficiales) el traslado desde el lugar del accidente al centro de primera atención correrá a cargo del organizador del evento. Si el piloto quedará hospitalizado, en cuanto sea posible, el Asegurador le trasladará al centro médico concertado más cercano. Si el piloto residiera en una provincia distinta, la Aseguradora valorará el traslado desde el primer centro de atención a centro médico concertado

de su lugar de residencia, siempre dentro del territorio nacional.

En los casos en los que el organizador del evento no esté obligado a contratar el servicio de transporte sanitario durante la celebración del mismo (ej. entrenamientos oficiales) el traslado desde el lugar del accidente debe realizarse a un centro médico concertado siempre que la lesión lo exija, salvo en los casos de urgencia vital, en los que el traslado a un centro médico no concertado quedará cubierto por el asegurador.

En cualquier caso el asegurador asumirá los gastos derivados de un único traslado.

En ningún caso el asegurador asumirá los gastos del transporte una vez obtenida el alta médica.

Las prestaciones indicadas en los apartados a), b) y c) anteriores podrán contratarse mediante una de las siguientes opciones:

- En España y Andorra se prestará esta cobertura en los centros concertados especificados por la entidad aseguradora. Dentro del límite de 18 meses a contar desde la fecha del accidente y respecto de los casos de accidentes garantizados por el contrato de seguro la entidad aseguradora asumirá los gastos de asistencia sanitaria por cuantía ILIMITADA. La entidad aseguradora no asumirá los gastos de asistencia sanitaria cuando las prestaciones sean atendidas en centros no concertados por ésta, excepto los que se deriven de la asistencia de urgencia vital. A efectos de la presente póliza, se entenderá como centro concertado, aquellos centros sanitarios y/o hospitalarios con los que la entidad aseguradora mantiene un vínculo contractual mediante el cual se pactan las correspondientes tarifas para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos en el presente contrato de seguro, y que presta el centro concertado a los asegurados que hayan sufrido un accidente cubierto en ésta póliza.
- En el extranjero esta cobertura se prestará dentro del límite de 18 meses a contar desde la fecha del accidente y respecto de los casos de accidentes garantizados por el contrato de seguro en cualquier centro y la cobertura supondrá el reembolso al asegurado hasta un límite máximo de 6.500,00 Euros. En este caso, la entidad aseguradora no asumirá los gastos de asistencia sanitaria que superen dicho límite.

Tanto los profesionales médicos elegidos directamente por el asegurado fuera del cuadro de centros concertados, como los que actúan en tales centros concertados, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria, no asumiendo en ningún caso la entidad aseguradora responsabilidades directas, solidarias o subsidiarias por acciones y/u omisiones de los profesionales en cuestión. La entidad aseguradora, en ese sentido, no tiene control alguno sobre los actos de los profesionales referidos en la medida en que se lo vedan la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria, la protección del secreto profesional y la confidencialidad de los datos sanitarios.

Quedarán excluidos en todo caso de la cobertura los gastos siguientes:

- **Los gastos del material prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas.**
- **Los gastos médicos y/o de rehabilitación en los casos siguientes: los gastos derivados de dolencias ergonómicas o de higiene postural, los gastos de tratamiento de algias inespecíficas, los masajes relajantes y anti estrés, los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento, los gastos por enfermedades crónicas musculares tendinosas, reumáticas y degenerativas. Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.**
- **Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descartes.**
- **Los gastos derivados de trasplante de órganos, tejidos de donante vivo o donante cadáver.**
- **Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.**
- **Los gastos de farmacia ambulatoria.**
- **Los gastos de cualesquiera prótesis que puedan ser precisas como consecuencia del accidente o de las intervenciones que hayan de realizarse.**
- **Los gastos originados cuando no pueda determinarse que el padecimiento o las lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica del deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.**

Conforme a lo previsto en la Ley del Contrato de Seguro en lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria, la entidad aseguradora se subrogará,

por el solo hecho del pago de la indemnización, en todos los derechos y acciones que correspondan al asegurado contra terceras personas responsables del accidente, pudiendo ejercitar tales derechos en nombre propio o del asegurado, en cuyo caso éste deberá otorgar los poderes necesarios para ello, cuyo coste será por cuenta de la entidad aseguradora. En cualquier caso, el asegurado deberá colaborar plena y fielmente con la entidad aseguradora en aras a la mejor tramitación de la acción que se ejercite.

A efectos de esta prestación será necesario que la primera asistencia sanitaria que se pretenda cubrir por la póliza sea recibida en los 7 días siguientes al acaecimiento del correspondiente accidente garantizado por el contrato de seguro.

2.- Forma de cobro de la prestación

Las prestaciones contratadas que impliquen una obligación de pago por parte de la entidad aseguradora a favor del beneficiario se percibirán en forma de capital inmediato a la fecha de acaecimiento del siniestro.

3.- Riesgos excluyentes:

Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, tendrán carácter excluyente entre sí los riesgos de fallecimiento, fallecimiento por accidente e invalidez permanente parcial por accidente.

A estos efectos, la entidad aseguradora abonará únicamente la prestación derivada del evento que suceda en primer lugar. Quedarán así pues, automáticamente extinguidas, en la fecha del primer suceso, las prestaciones contratadas para cubrir cualquier otro evento.

Regularizaciones

El tomador tendrá la facultad de modificar las prestaciones aseguradas de cada relación aseguradora.

Asimismo, también podrán dar lugar a regularizaciones, las modificaciones en los datos de los asegurados/beneficiarios que comunique el tomador a la entidad aseguradora.

En cualquier caso, para la aceptación por parte de la entidad aseguradora de la modificación de las prestaciones aseguradas, el asegurado y/o beneficiario queda/n obligado/s a declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta le/s someta, todas las circunstancias conocidas por aquél/aquéllos que puedan influir en la valoración del riesgo. La entidad aseguradora también se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, documentación acreditativa de la edad del/los asegurado/s y/o beneficiario/s.

Indisputabilidad

El presente contrato y las relaciones aseguradoras que lo integran no serán impugnables después de que haya transcurrido el plazo de un año a partir de la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa, voluntariamente engañosa, del tomador del seguro o del/los asegurado/s en sus declaraciones respectivas.

Declaraciones

El tomador del seguro y/o el/los asegurado/s tiene/n el deber, antes de la perfección del contrato o de cada relación aseguradora, de declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta les someta, todas las circunstancias conocidas por ellos que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán liberados de tal deber si la entidad aseguradora no les somete a ese cuestionario o cuando, aún habiendo sido sometidos a él, se trate de circunstancias que, aunque puedan influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en dicho cuestionario.

En cualquier caso y salvo que en condiciones particulares se establezca otra regulación, el tomador del seguro y/o el/los asegurado/s tiene/n el deber de comunicar a la entidad aseguradora, con carácter previo de la incorporación del asegurado, si el mismo se encuentra en situación de invalidez temporal o invalidez permanente.

La entidad aseguradora se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, un cuestionario al asegurado o documentación que acredite su edad.

En el supuesto de que la edad del asegurado declarada no fuera la exacta, la entidad aseguradora podrá impugnar el contrato o la relación aseguradora si la edad correcta, en el momento de su entrada en vigor, excediera de los límites de admisión establecidos por ella.

El tomador del seguro y/o el/los asegurado/s deberá/n comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como les sea posible, todos y cada uno de los hechos - si los hubiera- que incrementen el riesgo cubierto en el contrato y que sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidos en el momento de la perfección del contrato, la entidad aseguradora no lo hubiera celebrado, o bien lo hubiera concluido con condiciones más gravosas para el tomador. La obligación de proporcionar esta información se extiende desde la fecha de perfección del contrato, o de

cada relación aseguradora, hasta la fecha de su vencimiento.

Duración

La duración del contrato y de las relaciones aseguradoras que lo integran será anual, salvo que se establezca en las condiciones particulares un plazo diferente. Los efectos del seguro se inician a las 0 horas de la fecha de efectividad y terminan por el acaecimiento de cualquiera de los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura siempre que respecto de la cobertura correspondiente no se haya establecido otra regulación, por la resolución del seguro o, como máximo, a las 24 horas de la fecha de vencimiento.

A su vencimiento, y siempre que el tomador esté al corriente en el pago de la/s prima/s, el contrato y las relaciones aseguradoras que lo integran se prorrogarán tácitamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes denuncie el contrato -esto es, se oponga a la prórroga del contrato- por escrito con un mes de antelación a su inmediato vencimiento en el caso del tomador y con dos meses de antelación a su vencimiento inmediato en el caso de la entidad aseguradora.

Las prestaciones establecidas en el punto 1 en tanto no se haya producido el acaecimiento del evento asegurado, se extinguirán automáticamente, para cada asegurado, al finalizar la anualidad del seguro en la que el asegurado cumpla los sesenta y cinco años.

Variaciones en la composición del grupo asegurado y beneficiarios

De forma indistinta y solidaria con el tomador del seguro, el asegurado está obligado a notificar a la entidad aseguradora las variaciones que se produzcan por bajas en el grupo asegurado y en los beneficiarios.

- Bajas de asegurados: Tendrán lugar por la concurrencia de alguna de las causas siguientes:

- Dejar de formar parte del grupo asegurado.
- Fallecimiento del asegurado.
- Ocurrencia de cualquiera de los eventos descritos en los puntos 1.2 y 1.3 del apartado "Objeto del seguro: prestaciones aseguradas", cuyo riesgo sea objeto de cobertura.
- Por concurrencia de la circunstancia prevista en el quinto párrafo del punto 3 "Riesgos excluyentes" del apartado "Objeto del seguro: prestaciones aseguradas" del presente extracto.
- Alcanzar la edad límite de pertenencia en la prestación de fallecimiento.
- Vencimiento de la relación aseguradora.

- Bajas de beneficiarios: Originadas por el fallecimiento o revocación de los beneficiarios.

Designación, cambio y revocación de beneficiario

La condición de beneficiario corresponderá a las personas físicas en cuyo favor se generen las prestaciones. Durante toda la vigencia del contrato, el tomador del seguro podrá designar beneficiario/os y/o modificar la designación realizada con anterioridad, sin necesidad del consentimiento de la entidad aseguradora

La designación del/los beneficiario/s podrá ser establecida en la propia póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a la entidad aseguradora, o en testamento.

La designación del beneficiario podrá en todo momento ser revocada - en el mismo modo que el establecido para la designación- por el tomador del seguro, siempre que no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. Si el tomador renuncia a ella, perderá los derechos de reducción y pignoración de la póliza.

En el supuesto de que el asegurado sufriera un siniestro causado dolosamente por un beneficiario, este último quedará privado del derecho a la prestación establecida en la póliza la cual pasará a incrementar la de los restantes beneficiarios por el siguiente orden,

- primero a los demás beneficiarios designados expresamente,
- en su defecto, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del asegurado -salvo que hubiese recaído sentencia de separación-, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales, y, por último, sus herederos. No obstante, en caso de que resulte de aplicación el orden de prelación de herederos de la sucesión intestada, en último término será beneficiario el tomador en lugar de la Administración Pública.

Todas las designaciones de beneficiario establecidas lo son en tanto éste cumpla los requisitos para ostentar dicha condición, y a los exclusivos efectos de las prestaciones aseguradas y los importes de las mismas que se recogen en la póliza.

Cesión y Pignoración de la póliza

El tomador del seguro no podrá ceder ni pignorar la póliza al renunciar expresamente a la designación de beneficiarios.

Primas

1.- Pago de primas

El tomador del seguro está obligado al pago de una prima por cada relación aseguradora que se integre en el presente contrato y, cuando proceda, por cada regularización de las condiciones de la misma. La prima será única anual.

Cuando la entidad aseguradora haya formulado un/os cuestionario/s, la primera prima se devengará cuando la entidad aseguradora preste su conformidad al resultado del/los mismo/s. Se entenderá prestada dicha conformidad cuando la entidad aseguradora acepte el pago de la primera prima o, en el caso de domiciliación bancaria, gestione y obtenga el cobro de la misma. Para manifestar dicha conformidad, la entidad aseguradora dispondrá de ciento siete días a contar desde que haya formulado el/los cuestionario/s, transcurridos los cuales si no se ha verificado el cobro de la primera prima en los términos antedichos se entenderá denegado el consentimiento de la entidad aseguradora.

Si se hubiera pactado una fecha de efectividad del seguro anterior a la fecha de pago de la primera prima, el importe de ésta comprenderá necesariamente el período de retroacción de la eficacia del seguro.

2.- Demora e Impago de primas

Sin perjuicio de las facultades de la entidad aseguradora establecidas en relación al impago de primas, el retraso en el pago de cualquier prima debida devengará un tipo de interés igual al interés de demora previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado vigente, más dos puntos.

Salvo que en condiciones particulares se estableciera otra regulación, en las pólizas contratadas con contribución del tomador y el asegurado en el coste del seguro, el impago de una parte de la prima por cualquiera de los obligados será considerado como impago de la totalidad y sin perjuicio de la devolución, en su caso, de la parte de prima cobrada por la entidad aseguradora.

3- Domiciliación o transferencia bancaria

Las primas a abonar por el tomador y las aportaciones que en su caso realicen los trabajadores/asegurados, se harán efectivas a la entidad aseguradora mediante domiciliación o transferencia bancaria. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria desde el exterior, se precisará que el país de origen sea un país de la Unión Europea.

En caso de domiciliación bancaria de las primas, ésta se ajustará a las siguientes condiciones:

1) El obligado al pago de la primera prima entregará a la entidad aseguradora un escrito dirigido a la entidad financiera en el que figure la correspondiente orden de domiciliación y autoriza a la entidad aseguradora a poder entregar a la entidad financiera, si ésta lo requiriera, copia de las condiciones particulares o suplemento posterior o

individual de seguro, según sea el caso, a efectos de la acreditación del consentimiento de la domiciliación que se reproduce en las mismas.

2) La segunda y siguientes primas se entenderán satisfechas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley del Contrato de Seguro, la prima resultase impagada por cualquier causa no imputable a la entidad aseguradora.

En caso de extorno o retrocesión de prima el importe a abonar se realizará mediante la emisión de la correspondiente orden de abono al depósito de una entidad financiera autorizada para operar en España. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria al exterior, se precisará que el país de destino sea un país de la Unión Europea.

Valores garantizados

Por las características de esta póliza, la misma carece de valores garantizados, anticipo, rescate y reducción.

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura de este contrato los siniestros ocurridos a consecuencia de:

- a) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.**
- b) Hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.**
- c) Conflicto armado - aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra -.**
- d) La invalidez temporal o permanente preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido comunicadas a la entidad aseguradora con anterioridad a la misma.**
- e) Los daños:**

- Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo,

en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula 28 relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la provisión matemática constituida por la entidad aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.

- Que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra, en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.

f) Igualmente y si así se establece en condiciones particulares, estarán excluidos de cobertura los siniestros que tengan lugar en alguno de los países que figuren en el listado que se anexe a condiciones particulares y que puede ser actualizado mensualmente por la entidad aseguradora.

g) La intervención del asegurado como conductor de un vehículo no apto o autorizado para la circulación en vías públicas o sin disponer del permiso legal que le faculte a ello.

h) Un acto de imprudencia o negligencia grave del asegurado, accidentes provocados intencionadamente por el mismo, así como el derivado de la participación de éste en duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiese actuado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes.

i) Actos voluntarios del asegurado, sea cual fuere el estado mental del mismo, o hallándose bajo la influencia de bebidas alcohólicas, psicotrópicos, sustancias estupefacientes, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente, o en estado de enajenación mental. A tales efectos, se entenderá que el asegurado se halla bajo la influencia de bebidas alcohólicas si supera los límites establecidos en cada momento por la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial para permitir la conducción de cualquier vehículo no especial, con independencia de los síntomas externos y de comportamiento del asegurado y de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el asegurado.

j) La participación del asegurado en actos delictivos.

k) Enfermedades, crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la incorporación del asegurado, aun cuando no existe un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas.

Se entiende por preexistencia aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada. Se excluye expresamente aquellas patologías que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.

Quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurismas, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas por patologías del asegurado.

l) Las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque estas se manifiesten durante su vigencia.

m) La agravación de las consecuencias de un accidente cubierto por causa de lesiones producidas con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.

n) Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva. Se entiende que cuando un asegurado tenga abierto un expediente por accidente deportivo causará baja de forma inmediata y no se podrá incorporar a su deporte y presentar nuevo expediente por accidente deportivo hasta que el facultativo le de alta deportiva y sea reconocido por la compañía

Tramitación de siniestros

VidaCaixa, S.A. pone a disposición del asegurado /federado el número de teléfono 917 376 304 (24 horas) para que éste pueda ponerse en contacto directamente con la compañía, obligándose ésta a facilitar todos los medios necesarios para prestar asistencia al accidentado. Este servicio cubrirá el primer nivel de asistencia y consecuentemente el seguimiento del afectado para dirigirlo hacia un segundo nivel de especialización y/o rehabilitación.

Aseguradora. Pago de las prestaciones

La entidad aseguradora cumplirá con la obligación derivada de la prestación convenida una vez formulada la declaración de siniestro, debidamente documentada según lo indicado en el apartado siguiente "Documentación que deberá aportarse en caso de siniestro" y sea aceptada por la entidad aseguradora la existencia del siniestro objeto de cobertura por concurrir los requisitos y condiciones que se establecen en la póliza para proceder al pago.

La entidad aseguradora quedará liberada del cumplimiento de la obligación derivada de la prestación, en caso de que en la declaración del siniestro no se facilite la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, mediando dolo o culpa grave.

Sin perjuicio de lo establecido en los párrafos anteriores, la entidad aseguradora podrá solicitar regularmente y según estime conveniente una fe de vida, documento análogo o un control de vivencia con presencia física del/los asegurado/s y/o del/los beneficiario/s.

La entidad aseguradora estará habilitada, en el caso en el que el asegurado y/o beneficiario no supere el control de vivencia al que le someta aquélla o no entregue la fe de vida o documento análogo que le solicite, para dejar de abonar la/s prestación/es cuyo devengo sea posterior a la fecha de sometimiento a dicho control o a la fecha límite de presentación de la fe de vida o documento análogo solicitado. Se procederá a dejar sin efecto la citada retención una vez se acredite la supervivencia del asegurado/beneficiario.

Si se constatare el fallecimiento del asegurado, la entidad aseguradora procederá, en su caso, a retroceder la/s prestación/nes percibida/s indebidamente por el beneficiario desde la fecha en que accedió el mismo.

Antes de efectuarse el abono de la prestación correspondiente, el beneficiario deberá acreditar la liquidación o exención de cualquier impuesto que procediera a efecto de pago de prestaciones, así como el número de identificación fiscal.

La/s prestación/es será/n abonada/s con los requisitos indicados en la póliza, y siempre mediante la emisión de la correspondiente orden de abono al depósito de la entidad financiera indicado por el beneficiario.

Documentación que deberá aportarse en caso de siniestro

Deberán aportarse los siguientes documentos en caso de siniestro por:

1.- Fallecimiento por accidente:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal, libro de familia si procede y dirección del domicilio habitual del/los beneficiario/s.

- Certificado literal de defunción del asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento, la fecha en que se produjo el accidente/accidente de circulación o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.

- En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense, así como un certificado médico donde se indique que el asegurado se encontraba en perfecto estado de salud y no padecía ninguna enfermedad que le pudiese ocasionar la muerte repentina.

- Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la entidad aseguradora emitirá el correspondiente certificado para el pago del impuesto.

- El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.

- El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

2.- Invalidez permanente parcial por accidente:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.

- En caso de existir, resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social o sentencia judicial firme que reconozca que las lesiones suponen que el asegurado se encuentra en situación de incapacidad según el régimen correspondiente de la Seguridad Social.

A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia judicial será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del Juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia realizada de oficio por el Juzgado.

En el caso de que no tenga reconocida esta situación según el régimen correspondiente de la Seguridad Social se deberá aportar certificado o resolución expedido por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales o el órgano competente de las Comunidades Autónomas (presentando dicha documentación en original o copia compulsada), en el que se acredite el grado de minusvalía que suponen las lesiones generadoras de la prestación asegurada.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia

que acrediten las lesiones, la fecha en que se produjo el accidente y los posibles antecedentes médicos.

- El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

3.- Comprobación de la invalidez permanente parcial por parte de la entidad aseguradora:

La entidad aseguradora comprobará, en razón de la documentación aportada, el estado de invalidez del asegurado, de conformidad con lo establecido en el condicionado.

Si entre la entidad aseguradora y el tomador -o, en su caso, beneficiario- no existiera acuerdo respecto al carácter permanente de las lesiones del asegurado, ambos se someterán -y aceptarán por escrito- al dictamen de dos peritos médicos, cada uno de ellos designado por cada una de las partes.

4.- Asistencia sanitaria:

- Los que acrediten la personalidad así como el Número de Identificación Fiscal del asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de las lesiones padecidas, la fecha en que se produjo el accidente que las motivó o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.

- Facturas justificativas en su caso de los gastos médico-farmacéuticos incurridos y la prescripción médica que origine los mismos.

- Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.

- Si procede, certificado de la mutua de accidentes de trabajo u organismo competente justificante de accidente ocurrido durante el desarrollo de la actividad definida en su caso en condiciones particulares y/o en el certificado individual de seguro.

- El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas de la entidad aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. En todos los casos, ante el Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la entidad aseguradora, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

2. El Defensor del cliente, conforme al procedimiento establecido en la cláusula del Defensor del cliente.

3. El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

Defensor del Cliente

La entidad aseguradora, de acuerdo con lo previsto en el artículo 29 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, o las normas que la sustituyan o modifiquen, designa como Defensor del Cliente a la persona que ostente la condición de Defensor del Cliente de la Confederación Española de las Cajas de Ahorros (CECA). Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes podrán someter voluntariamente a esa persona sus quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas de la entidad aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos

derivados de la póliza que no superen la cuantía individual, sumados todos los conceptos, establecida en el Reglamento para la defensa del cliente de Caixabank, S.A. y siempre y cuando las cuestiones sobre las que se plantee la reclamación no se encuentren en vía judicial o arbitral. En el caso de que una vez planteada la reclamación, el reclamante inicie la mencionada vía judicial o arbitral, la reclamación se archivará sin más trámite.

La resolución del Defensor del Cliente será de acatamiento obligatorio para la entidad aseguradora y voluntario para el tomador, asegurado, beneficiario o tercero reclamante.

En lo no previsto en la presente cláusula, la actuación del Defensor del Cliente se ajustará al Reglamento para la defensa del cliente de Caixabank, S.A., cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la entidad aseguradora, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

Riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de seguros

El Consorcio de Compensación de Seguros indemniza las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios de conformidad con lo regulado en su Estatuto Legal en cada momento.

Tratamiento y cesión de Datos Personales

Los datos personales del tomador del seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados, que figuran en la presente póliza, o cualquier dato adicional, incluidos los de salud, que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo. Dichos datos serán facilitados por el tomador del seguro. Asimismo el tomador suministrará a la entidad aseguradora la información necesaria a los efectos de que la entidad aseguradora pueda actualizar el capital asegurado y, en su caso, tramitar el siniestro.

El tomador autoriza a que la entidad aseguradora pueda comunicar a terceros los datos del tomador del seguro y de los asegurados, indicados en el primer párrafo de esta cláusula, con fines de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera, de prestación de servicios médicos y gestión de las prestaciones de los riesgos asegurados en la presente póliza.

El tomador del seguro informará a los asegurados de la existencia del indicado fichero de la compañía aseguradora y de sus fines, así como que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio de la entidad aseguradora, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 2-8, o, en su caso, en el domicilio de las entidades cesionarias.

Prevalencia de las condiciones de la póliza

El presente Extracto de condiciones generales y particulares es un resumen de las condiciones de la póliza, prevaleciendo lo dispuesto en la misma en caso de discrepancia con este extracto.

Este documento se emite al objeto de proporcionar información sobre la póliza de seguro contratada por el tomador. La misma está sujeta, a los requisitos, términos y condiciones que, en cada momento, tenga concertados el tomador.

Localidad y fecha de expedición: En Barcelona, a 8 de Marzo de 2016,

La entidad aseguradora,

VidaCaixa, S.A.U de Seguros y Reaseguros

C/ Juan Gris, 2-8, 08014 - Barcelona (España). NIF A-58333261

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 43725, folio 130, hoja B 105688