

Póliza de
Seguro de Accidentes Colectivos
nº 7025-371666

Tomador	FEDERACIÓN DE TRIATLON DE CASTILLA LA MANCHA (V-02359701)
Entidad Aseguradora	AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Objeto del Contrato	Seguro de Accidentes Colectivo
Fecha inicio de la póliza	01 de enero de 2018

Índice de contenidos

1. Datos de identificación
2. Garantías y Capitales Contratados
3. Descripción de las Garantías Contratadas
4. Exclusiones
5. Efecto y duración del contrato
6. Precio del contrato
7. Solicitud de Indemnizaciones
8. Obligaciones y facultades de las partes
9. Normas de tipo General
10. Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios



1. Datos de identificación Partes del Contrato

Datos del Tomador

Tomador del seguro
FEDERACION DE TRIATLON DE CASTILLA LA
MANCHA

Dirección
Alcalde Martínez de la Osa, 2
02001 ALBACETE

NIF
V02359701

Datos del Mediador

Nombre mediador
AON GIL Y CARVAJAL S.A. Cód: 152021

Dirección mediador
CL/ Rosario Pino, 14-16
(28020) MADRID

Teléfono móvil
902114611

E-mail services@aon.es

Aseguradora

AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Ins. en el R.M. de Baleares al Tomo 2325, Folio 63, Hoja PM-61041, inscripción 2ª. CIF A-60917978. D.S.: calle Monseñor Palmer, 1, 07014 - Palma de Mallorca

Datos de la Póliza

Fecha efecto última modificación
01.01.2018 a las 00:00 horas

Fecha de Vencimiento
01.01.2019 a las 00 horas

Duración del contrato
Anual Renovable

Forma de Pago: Mensual

Colectivo 371666

2. Garantías Contratadas

Capitales y Garantías

Fallecimiento por accidente.	6.100 euros
Incapacidad permanente por accidente	12.100 euros
Asistencia Sanitaria derivada de Accidente en centros concertados	Incluida
Asistencia Sanitaria de Urgencia derivada de Accidente en centros no concertados	600 euros
Fallecimiento por cualquier causa	1.500 euros

3. Descripción de las garantías contratadas

Objeto del seguro

Quedan amparados por la presente póliza, los accidentes deportivos sufridos por los asegurados, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo.

Se entiende por accidente deportivo a efectos de esta póliza, el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva objeto de la póliza, en el cual se produce una lesión para el deportista, sin patología ni alteración anatómica previa.

Ámbito temporal

Se incluyen exclusivamente los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento o desplazamiento, debidamente programada y organizada o dirigida por la Federación, club u organismo deportivo, con exclusión de la práctica privada de dicho deporte.

Asegurados

Tendrán consideración de asegurados, los deportistas, entrenadores, Jueces y Técnicos, encargados de material, preparadores, fisioterapeutas, ATS, médicos, delegados y árbitros inscritos la Federación que figuren dados de alta en el presente contrato.

Ámbito Geográfico

Accidentes ocurridos en cualquier parte del mundo excepto países en guerra.

Fallecimiento por Accidente

Si a consecuencia de un accidente deportivo se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios el capital garantizado previsto en el presente contrato.

Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el presente contrato. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.

Invalidez Permanente por Accidente

En función de las pérdidas anatómicas o funcionales que el asegurado sufra, en un plazo de 5 años a contar desde la fecha del accidente no laboral, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el asegurador indemnizará el importe que resulte de la aplicación del porcentaje declarado para el asegurado por la unidad médica de valoración de incapacidades de la seguridad social sobre el capital asegurado por esta garantía.

Baremos de Invalidez Permanente

La indemnización en caso de invalidez parcial se calculará aplicando al capital asegurado el porcentaje que representa la pérdida o inutilización que padezca el asegurado, según la siguiente tabla:

- Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo 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 inutilización absoluta:
 - De una pierna 100%
 - De todos los dedos y una parte del pie 30%
 - Del dedo gordo de un pie 10%
 - Pérdida completa de la visión de un ojo 100%
- Reducción de la mitad de la visión binocular 60%
- Sordera completa 90%
- Sordera total de un oído 18%
- Fractura no consolidada de una pierna o un brazo 30%
- Rigidez completa de la columna vertebral 48%
- Lesiones cervicales 36%
- Extracción de la mandíbula inferior 30%
- Fractura no consolidada de la mandíbula inferior 24%
- Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro 24%
- Impotencia funcional absoluta del codo 24%
- Impotencia funcional absoluta de la cadera 24%
- Impotencia funcional absoluta de la rodilla 24%
- Impotencia funcional del empeine del pie y del tobillo 24%
- Fractura no consolidada en la rótula 24%
- Encogimiento de 5 cms., por lo menos de un miembro inferior 24%
- Encogimiento de 3 cms., por lo menos de un miembro inferior 12%
- Pérdida completa del uso de los dedos de una mano 12%
- Amputación de cuatro falanges de una mano 12%
- Pérdida completa de los miembros de la muñeca 12%
- Derecha Izquierda
- Del brazo o de la mano 100% 100%
- Del dedo pulgar 30% 30%
- Del dedo índice 18% 15%
- De uno de los demás dedos de la mano 10% 8%

Las incapacidades no especificadas anteriormente serán indemnizadas en proporción a la gravedad, comparándolas a la de los casos ya enumerados.

En los siniestros de lesiones permanentes no invalidantes o incapacidad parcial, la compañía aseguradora someterá a los asegurados a una peritación médica personalizada, asumiendo los gastos derivados de la misma. Si la pérdida de un miembro u órgano, o de su uso, es solo parcial, el grado de invalidez fijado en la tabla será reducido proporcionalmente.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo, un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte del accidente.

Si la víctima es zurda, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo, e inversamente.

El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una, sin que dicho grado pueda sobrepasar el 100%.

Asistencia sanitaria derivada de Accidente Deportivo

AXA tomará a su cargo la prestación de la asistencia sanitaria durante un período máximo de 18 meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, **siempre que dicha prestación sea realizada en los centros médicos y especialistas designados o aceptados por el Asegurador.**

La prestación se limitará exclusivamente a las lesiones derivadas de accidente deportivo, entendiéndose por tal un traumatismo puntual, violento, súbito y externo, sufridos durante la práctica deportiva **siempre que no sean consecuencia de lesiones crónicas y/o preexistentes.** No se considerará preexistente una lesión que se produzca sobre otra anterior si el origen de esta última es derivada de un nuevo accidente ocurrido durante la vigencia de este contrato y el federado este en situación de alta médica. No queda garantizado del presente contrato **las preexistencias cuya lesión sea consecuencia de una recaída o degeneración sobre un hecho anterior a la póliza.**

Se excluyen igualmente las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte.

La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende:

- **Primer traslado y evacuación** del lesionado a clínicas indicadas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el lesionado requiera ser hospitalizado.
- **Primera y posteriores curas**, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medio diagnóstico, radiología, prótesis, osteosíntesis, rehabilitación y hospitalización.
- **Recuperación funcional.**
- **Material ortopédico curativo** prescrito por facultativos del asegurador, hasta el 70% del importe reflejado en el original de la factura que abone el asegurado.
- **Gastos de locomoción** del asegurado derivados del proceso de curación cuando, a criterio del Asegurador, sea necesario el traslado por medios especiales. En cualquier caso, requerirá la autorización de la Compañía

Se excluyen los gastos derivados de:

- **Material prescrito en Centros no autorizados por el Asegurador.**
- **Material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes.**
- **Material prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias)**
- **Rehabilitación a domicilio**
- **Farmacia ambulatoria**

- **Gastos de odonto-estomatología en exceso de 250 euros**
- **Asistencia médica en el extranjero por importe superior a 6.100 euros**
- **Traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico a su domicilio.**

Será preciso solicitar la **autorización de AXA** para las siguientes pruebas y tratamientos

- La hospitalización
- Estudios complementarios (TAC, RMN, Ecografía, Gammagrafía, Artografía, etc);
- Artroscopias
- Intervenciones Quirúrgicas y Rehabilitación
- Consultas de especialistas posteriores a la urgencia

Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del Asegurador correrá a cargo del asegurado.

A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia. El asegurado no podrá acudir simultáneamente o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del Asegurador. **Cualquier asistencia en Centro o Facultativo no indicado por el Asegurador, salvo lo indicado para urgencia vital, no será de cuenta del Asegurador.**

Solamente serán a cargo del Asegurador en centros de la Seguridad Social o no recomendados ni autorizados, los supuestos de urgencia vital, entendida esta como los casos en los que, a criterio del Asegurador, **exista peligro cierto para la vida del lesionado como consecuencia del accidente sufrido y correspondiera realizar su asistencia en el centro médico más próximo o habilitado para atender dicha urgencia vital.**

En caso de urgencia vital, el lesionado podrá recibir la prestación de urgencia en el Centro sanitario más próximo. **Estabilizado el asegurado en UCI y en un plazo máximo de 48 horas, deberá ser trasladado a un Centro indicado por el Asegurador.** En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios.

En caso de no existir centro concertado en el lugar del siniestro y se precisara la atención sanitaria de urgencia, la AXA asumirá los gastos médico-hospitalarios en Centros no Concertados hasta un límite de. **Se entenderá por urgencia la asistencia prestada al lesionado dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.**

Centros concertados

Los centros concertados por el asegurador para la prestación de la esta garantía son los que figuran en la Web pública de AXA:

<https://www.axa.es/servicios/poliza-de-accidentes>

4. Exclusiones

No quedarán amparados en el presente contrato los daños derivados de:

- **Duelos, apuestas, desafíos, riñas**, actos de temeridad manifiesta e injustificada o cualquier acción ilegal o delictiva en que participe el Asegurado, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- **Suicidio**, tentativa de suicidio o automutilación y todo accidente que tenga como origen cualquier patología psiquiátrica o psicopatía.
- **Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH**, o por el virus de la hepatitis así como las enfermedades y manifestaciones relacionadas con éstos, cuando no sean motivadas por un accidente
- **Envenenamiento o intoxicación por ingestión de productos alimenticios o farmacológicos** sin prescripción facultativa, salvo si se produce el fallecimiento del Asegurado.
- **Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes**, salvo que el Asegurado o Beneficiario puedan probar que el accidente no tuvo relación con dicho estado por ser un tercero el causante del mismo. En caso de accidente de circulación, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholismo exceda de lo permitido legalmente o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- **Conducción de un vehículo sin estar en posesión del correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.**
- **Operaciones quirúrgicas** que no obedezcan a la curación de patologías derivadas de accidentes garantizados por la póliza, sean cuales fueren sus consecuencias, aún cuando estas diferentes afecciones fueran de origen traumatológico.
- **Enfermedades de cualquier naturaleza**, salvo que sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.
- **Aneurismas, varices, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, lumbociática, distensiones, quebraduras musculares, lumbago, dolor, desgarró**, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y esto se pueda probar por medios diagnósticos precisos.
- **Golpe de calor, insolaciones, congestiones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica**, salvo que el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Salvo que se hayan contratado las coberturas de Fallecimiento por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular y/o Incapacidad Permanente por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, se excluye **el Infarto, Infarto de miocardio, insuficiencia vascular, accidente vascular cerebral, angina de pecho, embolia, parada cardíaca, derrame, trombosis, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes de cualquier clase** y, en general, supuestos de la misma o similar naturaleza, así como los accidentes que pudieran sobrevenir como consecuencia de dichos supuestos siempre y cuando no sea declarado accidente laboral por los organismos competentes de la seguridad social y/o por la Jurisdicción Social.
- **Imprudencia o negligencia grave, declarados así judicialmente.**

- **Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad con anterioridad a la entrada en vigor del contrato.**
- **Actos dolosos o causados intencionadamente por el Asegurado**, salvo que el daño haya sido producido para evitar un mal mayor. En caso de ser causados dolosamente por el Beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor.
- **"La catástrofe o calamidad nacional", calificadas como tal por el Estado.**
- **Guerra declarada o latente**, invasión, hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- **Hechos de carácter político o social**, motines, alborotos, tumultos populares, terrorismo, rebelión, revolución, insurrección o usurpación de poder, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- **Fenómenos de la naturaleza** o de acontecimientos de carácter consorciable, salvo que los mismos supuestos que ampara el Consorcio de Compensación de Seguros ocurran fuera de España y se pueda probar que el Asegurado no se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.
- **Los que corresponden al "Conorcio de Compensación de Seguros"**, aun cuando este Organismo no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan la cobertura o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para dicho Organismo.
- **Radiación o contaminación radiactiva**, así como la que se derive de la energía nuclear, salvo que sea consecuencia de un tratamiento médico aplicado a causa de un accidente cubierto por la póliza.

5. Efecto y duración de contrato

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en el contrato y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Asimismo, cesarán las coberturas que a continuación se detallan, salvo que el Asegurador acepte expresamente la prórroga de las mismas al cumplir el Asegurado la edad de 70 años

Pago de Todas las coberturas, que en virtud de la póliza asume el Asegurador, serán otorgadas desde la fecha de inclusión de las mismas en estas Condiciones Particulares, salvo aquellas que contengan alguna franquicia o período de carencia, en cuyo caso se estará a lo que se determine en dichas Condiciones.

7. Solicitud de indemnizaciones

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda.

En caso de fallecimiento del Asegurado

- a) Certificado literal de defunción del Registro Civil y partida de nacimiento del Asegurado.
- b) Informe detallado del médico o médicos que le hayan asistido, indicando la naturaleza del accidente y causas que le produjeron la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales completas e informes de la autopsia y toxicología, si se han practicado, o documentos que acrediten el fallecimiento.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento, Acta Notarial o Auto Judicial de Declaración de Herederos "ab intestato".
- d) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- e) Los Beneficiarios deberán justificar su personalidad fehacientemente.
- f) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

En caso de incapacidad permanente

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- c) Se proporcionará al Asegurado todos aquellos informes que precise el Asegurador para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

En caso de incapacidad temporal

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de baja y alta que determine esa incapacidad temporal, extendidos por la Seguridad Social.
- c) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.
- d) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

8. Obligaciones y facultades de las partes

Declaración del riesgo y concurrencia de seguros

El Tomador o el Asegurado deberán declarar al Asegurador antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario-Solicitud que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo e igualmente las coberturas y garantías que concurren en otros seguros que se refieran a la misma persona.

El Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponden al Asegurador, salvo que concurren dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Agravación del riesgo

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

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. 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, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, que dispone de un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

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

En caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Disminución del riesgo

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberán 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. No obstante, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá solicitar la resolución del contrato y 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.

Notificación del siniestro

En caso de siniestro, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicárselo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicho plazo, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Asimismo, el Tomador o el Asegurado deberán además, facilitar al Asegurador toda clase de informaciones y pruebas sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro.

9. Normas de tipo general

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza o en su caso, a través del Agente de Seguros.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

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

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

Prescripción

Las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en el término de cinco años.

Subrogación

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la cobertura de asistencia sanitaria, 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 a otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar el Asegurador en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia del Asegurador y del Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Tomador lo comunicará por escrito al Asegurador, quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos, legalmente repercutibles, que se deben pagar por razón del contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado, en su caso.

Derechos a Terceros

- a) El derecho de terceros a beneficiarse del seguro, en su calidad de acreedores del Asegurado, se extenderá únicamente a las indemnizaciones que correspondan en base a las coberturas de fallecimiento o incapacidad permanente. A este fin, el Asegurado comunicará al Asegurador la existencia de tal derecho y la fecha de su vencimiento. El Asegurador, notificada dicha existencia, no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular de tal derecho. En caso de litigio entre éste y el Asegurado, el Asegurador depositará su importe en la forma acordada por los interesados; si no hubiera acuerdo, se realizará según lo previsto en los artículos 1.176 y siguientes del Código Civil. Si el Asegurador pagara la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberado de su obligación.
- b) La extinción del contrato de seguro no será oponible al acreedor hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción. Dichos acreedores podrán pagar la prima impagada por el Tomador o por el Asegurado, aún cuando éstos se opusieran. A este efecto, el Asegurador deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el Asegurado.

Deber del Tomador de informar a los Asegurados

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión de la póliza y durante la

vigencia del contrato de seguro, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquéllos.

Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

De conformidad con 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 el Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas de la Entidad Aseguradora, Camino Fuente de la Mora, 1, 28050, Madrid. Dicho Centro acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.
Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, ante cualquiera de los Comisionados previstos por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero y directamente en los servicios de reclamaciones o unidades administrativas equivalentes que radiquen en la sede central del Banco de España, de la Comisión Nacional de Mercado de Valores y de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, respectivamente, o en sus delegaciones. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de los servicios financieros.
- b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

10. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo y el R.D.1265/2006, de 8 de noviembre, el tomador de un contrato de seguro de los que citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 Km. /h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos Excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza o revalorización automática de, capitales por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera**

provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

De conformidad con la ley Orgánica 1571999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter personal, el interesado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA SEGUROS GENERALES, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, y el tratamiento de los mismos para gestionar el proyecto solicitado. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión del proyecto. Si el interesado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su tratamiento, la gestión de su proyecto no podrá llevarse a cabo.

El interesado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Fuente de la Mora 1, Madrid Edificio AXA, 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos:
901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación vigente.

En prueba de conformidad ya autorización, Madrid a 10 de enero de 2018



AXA Seguros S.A de Seguros y Reaseguros

Tomador