Accidentes

Condiciones de su Contrato de Seguro

Póliza Nº
055627472

Allianz Seguros

Allianz Accidentes Colectivo

www.allianz.es

SEVILLA 30 Junio 2025

Tomador de la Póliza

FEDERACION GALLEGA DE BALONCES

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

BMS MEDIACION IBERIA CORREDU DE SEGUR S.

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

bms.

Allianz Seguros e inversiones

Allianz

SUMARIO

CAPÍTULO I
Datos identificativos 3
CAPÍTULO II
Objeto y alcance del Seguro 9
CAPÍTULO III
Siniestros 18
CAPÍTULO IV
Administración de la póliza 20
CAPÍTULO V
Cuestiones fundamentales de carácter general 21

LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Ambas partes acuerdan expresamente someterse al orden civil y mercantil, quedando por tanto excluida la jurisdicción laboral, salvo indicación expresa en póliza.

Idéntica condición operará en el caso de que el contrato se formalice con el fin de cubrir a un colectivo de trabajadores, aún en el caso de que se garanticen mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social.

A este respecto, la presente póliza es ajena e independiente a cualquier otra que el Tomador del Seguro estuviera obligado a suscribir como consecuencia del Convenio de Empresa.

Por todo lo anterior, tendrá la consideración de 'Accidente' cubierto por la póliza, únicamente aquel hecho que reúna los requisitos indicados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en desarrollo de la Ley de Contrato de Seguro. No será de aplicación la declaración de accidente emitida por cualquier otro organismo fuera del ámbito civil o mercantil.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Accidentes Colectivo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro
FEDERACION GALLEGA DE BALONCES c.i.f.: V15115306
ED. ESTADIO DE SAN LÁZARO PUERTA PUERTA
15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA

Póliza y duración
Póliza nº: 055627472 **Suplemento nº 2**
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/07/2025 hasta las 24 horas del 30/06/2026.
Renovable a partir del 01/07/2026.
A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la Póliza de Seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes Condiciones

Mediador
BMS MEDIACION IBERIA CORREDU DE SEGUR S. 700 0033564
Corredor de Seguros. Nº DGS J3606
PASEO DE LA CASTELLANA (EDF. TORRE EURO) 95 PLTA 15
28046 MADRID
Tel: 954050530
informacion@bmsgroup.com

Asegurador
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio social en Cl.Ramírez de Arellano 35. 28043 Madrid.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBJETO DEL SEGURO

Descripción Riesgo Global
Número total de asegurados del colectivo: **5.150.**
Número de Grupos: **1**
Naturaleza del riesgo:
Se incluye a Campos y Rial (CIF A36638237) también como bróker de esta póliza .

Descripción Grupo Número 1
Número de asegurados: **5.150.**
Categoria del riesgo: **Federaciones deportivas .**
Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad : **FEDERACIÓN GALLEGA DE BALONCESTO .**

Garantías Contratadas	Suma asegurada	Franquicia	Edad Máxima
Muerte por accidente	9.000,00 Euros		75
Incapacidad permanente según baremo por accidente	18.000,00 Euros		75
Asistencia sanitaria ilimitada en Cuadro Medico	Incluida		75
Material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, ortopedia	1.200,00 Euros		75
Operaciones salvamento o búsqueda y transp. accidentado	1.200,00 Euros		75

Cláusulas

1.

PREEXISTENCIAS:
SE HACE CONSTAR QUE PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE TUVIERAN LESIONES, ENFERMEDADES O CUALQUIER TIPO DE DISCAPACIDAD ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ENTRADA EN VIGOR PARA DICHOS ASEGURADOS, LA INDEMNIZACIÓN A PERCIBIR EN CASO DE SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SERÁ LA QUE CORRESPONDERÍA A UNA PERSONA QUE NO PADECIERA DICHAS CIRCUNSTANCIAS. POR TANTO, SE EXCLUYEN LAS CONSECUENCIAS, AGRAVACIONES O SITUACIONES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES, LESIONES O DISCAPACIDADES PREEXISTENTES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS.

.

EXCLUSIÓN DE EPIDEMIAS Y PANDEMIAS
Con independencia de posibles resoluciones laborales al efecto, se excluye expresamente de las coberturas de la póliza cualquier hecho que tenga su origen en una situación de epidemia o pandemia.

2.

Queda convenido que el importe de la prima anual del seguro será pagadero en fracciones, según la forma de pago que figura en las Condiciones Particulares.
El Tomador del Seguro se obliga a no rescindir la presente póliza/certificado hasta no haber transcurrido la anualidad completa del seguro o período del seguro o período por el cual se contrató la póliza.
En caso de llegar a producirse la anulación de la póliza/certificado, el Tomador del Seguro estará obligado al pago de las fracciones pendientes de la anualidad del seguro.

3.

Al finalizar la anualidad de seguro, el Tomador se compromete a facilitar fichero con relación de asegurados por modalidad, existentes al finalizar el el período de cobertura de la póliza. Esta declaración servirá para regularizar la prima, en caso de existencia de exceso de asegurados sobre los declarados inicialmente, ya que la prima emitida tiene carácter de prima mínima no extornable.

.

A tal efecto, se señalan las primas totales anuales por asegurado:
Al finalizar la anualidad de seguro, el Tomador se compromete a facilitar fichero con relación de asegurados por modalidad, existentes al finalizar el período de cobertura de la póliza. Esta declaración servirá para regularizar la prima, en caso de existencia de exceso de asegurados sobre los declarados inicialmente, ya que la prima emitida tiene carácter de prima mínima no extornable.

.

4. CONDICIONES ESPECIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION.
1-OBJETO DEL SEGURO
Accidentes deportivos sufridos por los asegurados, según se recoge en el R.D. 849/1993 (seguro obligatorio para deportistas federados).
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. Se incluyen exclusivamente
los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento dentro del ámbito federativo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

.

2-COBERTURAS DEL SEGURO: según R.D. 849/1993.

Ampliando a:
-Fallecimiento derivado de accidente deportivo hasta 9.000 euros.
-Invalidez derivada de accidente deportivo hasta 18.000 euros.
-LANT (Lesión Accidental No Traumática)
-Gastos odonto estomatólogos hasta 1.200 euros.

3- ASEGURADOS
Los deportistas, entrenadores, encargados de material, preparadores, fisioterapeutas, ATS, médicos, delegados y árbitros inscritos correctamente en la Federación Gallega de Baloncesto.

.
4- COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA
Será prestada por el asegurador 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, sea realizada en los Centros designados o aceptados por el Asegurador.
Se incluyen únicamente las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, por traumatismo puntual, violento, súbito y externo, durante la práctica deportiva (excluidos tirones musculares), siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes; y se excluyen igualmente la enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por micro traumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.

.
La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende:
a) Primer traslado y evacuación del lesionado a clínicas indicas 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.
b) Primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios diagnóstico, radiología, prótesis, osteosíntesis, rehabilitación y hospitalización.
c) Recuperación funcional.
d) Material ortopédico curativo, prescrito por facultativos del Asegurador: se reembolsará hasta el 70% del importe reflejado en el original de la factura abonada por el asegurado, siempre que previamente se haya solicitado al Asegurador conformidad para dicho material y este sea necesario para la curación del lesionado. El Asegurador podrá autorizar esta prestación solo a través de determinados proveedores que comunicará al asegurado en dicha autorización, quedando exento de responsabilidad en caso de no aceptación de dichos proveedores.
e) Gastos de locomoción del traslado del punto de accidente al centro hospitalario cuando a criterio de Gerosalud sea necesario el traslado por medios especiales, quedando excluidos los demás traslados. Se hace constar expresamente que la prestación de Asistencia Médica se realizará por médicos y especialistas del cuadro médico incluido en el prestador de servicios de Allianz (Gerosalud).
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.
-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.

.
5- AUTORIZACIONES
Las siguientes pruebas y tratamientos necesitarán autorización previa del asegurador: estudios complementarios (TAC, RMN, Ecografía, Gammagrafía, Artografía, etc); Artroscopias; Intervenciones Quirúrgicas y Rehabilitación, así como lo relativo a material de ortopedia y prótesis.

Original para el Tomador del Seguro

Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del Asegurador correrá a cargo del asegurado.
En caso de urgencia vital, el lesionado podrá recibir la prestación de urgencia en el Centro sanitario más próximo. Superada la primera asistencia el lesionado deberá ser trasladado a un Centro Concertado indicado por el Asegurador a la mayor brevedad posible, y siempre con la autorización de los médicos que lo atendieron. En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios.
A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia.
Por urgencia vital se entiende aquella situación de extrema gravedad en la
que médicamente peligra la vida del asegurado, y que posteriormente deberá ser validada como tal por la Compañía Aseguradora.
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.

.

6- ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO
La asistencia medica será prestada en los Centros de GEROSALUD. En caso de accidente cubierto por la póliza el asegurado deberá contactar con GEROSALUD en el número de teléfono: 981-941111.

.

7.- EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA.
En tanto en cuanto el asegurado esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado y por tanto quedarán excluidos de asistencia sanitaria aquellos siniestros sufridos por lesionados que aún no hubiesen sido dados de alta médica deportiva de un siniestro anterior.

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.
ESTA CLAUSULA DEROGA EN TODO LO QUE SEA CONTRARIO, A LO INDICADO EN LA CLAUSULA GENERAL DE COBERTURAS Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
1.-SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA ASISTENCIA MÉDICA
Comunicar el accidente a GEROSALUD llamando al 981 94 11 11. Aquí le facilitaran el número de expediente así como la información del centro médico concertado al que se tiene que dirigir.
2.- OBTENCION DEL PARTE DE ACCIDENTE
El parte de Accidentes se obtendrá a través de la Federación.
En ningún caso se tramitaría un parte pasados 7 días naturales desde la ocurrencia del accidente (véase protocolo publicado en la web Federación)
El accidentado deberá reenviar en las 48 horas siguientes a la fecha del accidente los correspondientes informes médicos a Gerosalud, a través del correo electrónico: siniestros@gerosalud.es .
Sin la presentación de estos documentos no se podrá continuar ofreciendo la asistencia.
3.- ¿COMO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO MEDICO?
Si después de la primera asistencia de urgencia fuese necesario continuar con asistencia médica (consultas, pruebas complementarias, intervenciones, rehabilitación?) debe solicitar autorización a GEROSALUD llamando al 981 94 11 11.
Para cualquier aclaración al respecto no duden en contactar con GEROSALUD en el teléfono 981 941111.
Todo siniestro comunicado pasados 7 días naturales desde su fecha de ocurrencia, no serán objeto de cobertura.

Con independencia de lo indicado en el cuadro de garantías contratadas se excluyen expresamente material de prótesis: las gafas, aparatos de material acústico, ortopedia que sean propiedad del federado y sufran algún tipo de daño durante la práctica deportiva objeto de cobertura de esta póliza

6. ACLARACIÓN ADICIONAL
ESTA PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA ALGUNA QUE PUDIERA TRAER ORIGEN EN CUALQUIERA OTRA DISPOSICIÓN LEGAL, INCLUIDA LA LEY 39/2022 DEL DEPORTE, QUE PUDIERA AMPLIAR LAS ACTUALES GARANTÍAS E INDEMNIZACIONES DEL REAL DECRETO 849/1993. EN TAL CASO, EL TOMADOR ASUME QUE TENDRÁ QUE CONTRATAR OTRA PÓLIZA DE SEGURO PARA CUBRIR AQUELLAS GARANTÍAS E INDEMNIZACIONES QUE NO ESTÉN CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA O ASUMIRLAS DIRECTAMENTE.

7. LTA
Primas Año 2025/2026 (año 1) Primas Ofertadas para renovación.

Primas Año 2026/2027(año 2) Aplicación de la cláusula LTA siguiente:
Según siniestralidad de la temporada 2025/2026 (año 1) se fija la siguiente cláusula de renovación para la temporada 2026/2027 (año 2):
Si la siniestralidad sanitaria (capita) del año 1 es inferior al 90% de la prima neta se mantendrán mismas primas netas que la temporada 2025/2026.
Si la siniestralidad sanitaria (capita) del año 1 está entre el 90% y el 95% de la prima neta se incrementará la prima neta total en un 5%.
Si la siniestralidad sanitaria (capita) del año 1 está entre el 95% y el 100% de la prima neta se incrementarán las primas netas en un 11%.
Si la siniestralidad sanitaria (capita) del año 1 está entre el 100% y el 110% de la prima neta se incrementarán las primas netas en un 13,00%.
Si la siniestralidad sanitaria (capita) es superior al 110% de la prima neta se plantearán nuevas condiciones al cliente.
Considerando como:

S/P (Siniestralidad sanitaria (cápita)): Cociente resultante de dividir el total de siniestros habidos en cada una de las anualidades entre el importe total de las primas netas de cada una de dichas anualidades.
S (Total de Siniestros): Incluyen los importes de siniestros abiertos durante la anualidad, los siniestros pagados mas los importes de siniestros cubiertos reservados, pendientes de liquidación o pago y la provisión por siniestros pendientes de declaración.
P (Primas netas anuales): el total de las primas emitidas y cobradas en cada una de las anualidades, descontando aquellos extornos de prima que se hubieran emitido durante el citado período, netas de impuestos.

Identificación del Colectivo Asegurado La relación de personas aseguradas está disponible en: Listado de federados en poder del tomador.

Regularización Al finalizar cada anualidad de seguro, el Tomador facilitará al Asegurador información sobre el número real de personas aseguradas durante dicho período a fin de efectuar la oportuna regularización de prima.
Si el número de asegurados fuera superior al indicado en póliza, se emitirá recibo complementario de prima por la diferencia.Si fuera inferior, se emitirá recibo de extorno cuyo importe no podrá ser superior al 25% de la prima neta cobrada al inicio de la anualidad.
La documentación a presentar para proceder a regularizar la póliza será: Libro de matriculación

Motivo del Suplemento Regularización 25/26.

Servicios para el Asegurado

Para realizar de **manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos,** el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador **BMS MEDIACION IBERIA CORREDU DE SEGUR S.** teléfono..... **954050530**

También a través de su e-mail **informacion@bmsgroup.com**

Para consultas y cuestiones administrativas

El **Centro de Atención Telefónica** de Allianz..... **900 300 250**

Tambien a través de su web **www.allianz.es**

Asistencia sanitaria cuadro médico

Para asistencias al teléfono..... **900 404 444**

Primas

Ref.: **864418086**

Período: **de 01/07/2025 a 31/12/2025**

Periodicidad del pago: **Semestral**

Prima Neta	11.763,57
IPS (8%)	941,08
Recargos	35,00
Consorcio	0,00
Total Recibo	**12.739,65**

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa.

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufran un accidente cubierto por la póliza.

Además de aquellos hechos incluidos en la definición de Accidente especificada en el punto 9 del apartado Definiciones, y con el objeto de aclarar determinadas situaciones, tendrán también la consideración de accidente a efectos de la cobertura de la póliza, los siguientes hechos, siempre que se produzcan de forma no intencionada:

a) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. Asimismo se incluyen las mordeduras de animales y las picaduras de insectos, con exclusión de toda infección general que éstas generen, como malaria, tifus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares.
Se excluyen los hechos derivados de infecciones por uso de jeringuillas, agujas y cualquier tipo de material médico.

b) Las insolaciones, congelaciones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica.

c) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas y tratamientos, si son motivados por un accidente cubierto por la póliza.

d) Los accidentes debidos a ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncopes, crisis epilépticas, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que dichas dolencias no se hubieran puesto de manifiesto antes de la contratación de la póliza.

e) En general, aquellos hechos que no se encuentren expresamente excluidos o limitados en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Las prestaciones del seguro tienen ámbito mundial, excepto lo que expresamente pueda indicarse para alguna de las garantías contratadas.
Si el Asegurado fija su residencia en el extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad en curso en aquel momento.
Se entiende por cambio de residencia habitual al extranjero cuando el asegurado permanezca más de 183 días al año en otro país, o cuando haya fijado su residencia fiscal en otro país.

DEFINICIONES:

En este contrato se entiende por:

1 - Tomador del Seguro: la persona física o jurídica que formula la Solicitud de Seguro para que se pueda elaborar la póliza, y suscribe el contrato con el Asegurador.

2 - Asegurado: cada una de las personas físicas sobre las que está concertado el seguro.

3 - Asegurador: ALLIANZ, Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

4 - Coaseguradores: Los Aseguradores que, junto con el Asegurador, asumen mancomunadamente el contrato, sin solidaridad entre ellos frente al Tomador, Asegurado o terceros. Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en los riesgos y primas.

5 - Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada.

Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado.

El beneficiario no podrá ser el tomador del seguro, si este no es el asegurado, salvo consentimiento expreso del asegurado.

En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

6 - Prima: el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

7 - Franquicia deducible: es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio asegurador.

8 - Carencia: el período de tiempo durante el cual la cobertura del seguro o de alguna de sus garantías, no surte efecto.

9 - Accidente: lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

10 - Siniestro: todo hecho derivado de un accidente cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

11 - Suma Asegurada: el límite máximo de indemnización fijado en cada una de las garantías de la póliza, a abonar por el Asegurador en caso de siniestro. Cuando el seguro es contratado con límite y/o sublímites, la responsabilidad del Asegurador no será la indicada en el párrafo anterior, sino el importe fijado en las correspondientes garantías.

12 - Riesgo "in itinere": el traslado desde el domicilio

del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el de regreso hasta su domicilio.

13 - Hora de Inicio y Fin de las coberturas: la póliza entra en vigor a las 00,00 horas del día de efecto señalado, y finaliza a las 24,00 horas del día de finalización indicado.

14 - Cúmulo máximo por siniestro: Salvo indicación en contra expresada en la póliza, la cobertura por todos los conceptos garantizados en la póliza queda limitada a un máximo de 28.500.000 euros por siniestro.

Artº. 2º. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente póliza se garantizan las coberturas y prestaciones especificadas en estas Condiciones Generales y Particulares, con las limitaciones asimismo indicadas en las mismas.

Artº. 3º. EXPLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRATADAS

A continuación se definen las Garantías contratadas para los distintos Grupos y Asegurados de esta póliza, según el detalle indicado en el capítulo I.

(Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

3º. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es superior.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida o limitación funcional definitiva e irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva, bajo criterio del especialista médico de la Compañía y en atención a los documentos médicos de los centros que atendieron al asegurado y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.
El grado de incapacidad no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

A cada situación de incapacidad permanente le corresponde un grado de invalidez que se determina según lo previsto en el Baremo que figura más adelante. **El grado máximo de indemnización será el 100% del Baremo.**

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA

DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL
Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores 100 %
Estado vegetativo persistente 100%
Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje) 40%
Amnesia completa de fijación 40%
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado 20%

SISTEMA OSEO
Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia 15 %
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia 4%
Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional 30%

SISTEMA OLFATORIO
Pérdida parcial de la nariz 10%
Pérdida total de la nariz 25%
Pérdida del olfato (Anosmia) 5%

BOCA
Pérdida de todos los dientes superior e inferior 10%
Amputación total de la lengua 30%
Pérdida del gusto (Ageusia) 5%
Ablación maxilar inferior 25%.

OIDO
Pérdida de una oreja 10%.
Pérdida de las dos orejas 25%.
Sordera total de un oído 15%
Sordera total de los dos oídos 50%

OCULAR
Ceguera de un ojo 30%
Ceguera de los dos ojos 100%

B) TRONCO

1) SISTEMA OSEO:

COLUMNA VERTEBRAL
a) Pérdida completa de movilidad de columna 60%
b) Segmento cervical: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 25%
c) Segmento dorso-lumbar: Pérdida completa de los movimientos de flexo-extensión, rotación e inclinación 30%.

COSTILLAS
Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteraciones funcionales 10%

2) ORGANOS:

LARINGE Y TRAQUEA
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 30%
Traqueotomizado con cánula 30%.

PULMON
Pérdida de un pulmón 25%.

Original para el Tomador del Seguro

RIÑON
Pérdida de un riñón 25%.
Pérdida de los dos riñones 70%.

BAZO
Pérdida del bazo (esplenectomía) con repercusión hematológica 20%
Pérdida del bazo (esplenectomía) sin repercusión hematológica 10%

APARATO GENITAL FEMENINO
Pérdida de las glándulas mamarias 25%
Pérdida de los ovarios 35%
Pérdida del útero 35%.
Deformación genitales externos femeninos:
- con alteración funcional 40%.
- sin alteración funcional 25%

APARATO GENITAL MASCULINO
Desestructuración del Pene:
- con alteración funcional 40%.
- sin alteración funcional 25%.

Pérdida de los testículos 35%

C) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo	15%	10%
Parálisis completa del nervio mediano, radial o cubital:		
- A nivel del brazo	25%	20%
- A nivel del antebrazo-muñeca	15%	10%
Fractura no consolidada de húmero o cúbito y radio	25%	25%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación de otro dedo	8%	6%

D) EXTREMIDADES INFERIORES

Pérdida o inutilización de ambas piernas o pies 100%
Pérdida de pierna o pie y una extremidad superior 100%
Amputación a nivel de la cadera 70%
Amputación por encima de la rodilla 60%
Amputación por debajo de la rodilla 45%
Amputación primer dedo 10%
Amputación de otro dedo 3%
Pérdida total de los movimientos de la cadera:
En posición funcional 30%
En posición desfavorable 40%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla:
En posición funcional 20%
En posición desfavorable 30%
Pérdida de los movimientos del tobillo y pie:
Anquilosis articulación tibio tarsiana:
En posición funcional 10%
En posición desfavorable 20%
Anquilosis subastragalina 5%
Fractura no consolidada del fémur, o tibia y peroné a la vez 30%
Extirpación de la rótula (Patelectomía):
Total 15%
Parcial 10%
Deformidades postraumáticas del pie 10%
Acortamientos:
- Hasta 1,5 cm. 2%
- de 1,5 cm. a 3 cm. 5%
- de 3 cm. a 6 cm. 10%
- más de 6 cm. 15%

Parálisis completa del nervio ciático 60%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo externo 25%
Parálisis completa del nervio ciático popliteo interno 15%

Normas para la valoración del Grado de Incapacidad:

a) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.
b) Las lesiones no citadas, al igual que las previstas en el baremo, pero que no son exactamente conformes a las citadas anteriormente, se valorarán teniendo en cuenta su grado comparado con el de los casos citados, sin que influya para nada la profesión del Asegurado.
c) La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como la pérdida anatómica del mismo. En el caso de los dedos se indemnizará con el 50% del valor de la amputación, excepto el pulgar que se indemniza con el 100%.

Defectos físicos existentes antes del accidente:

a) La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede ser aumentada por el defecto físico previo de otros miembros u órganos que no han sido afectados por el mismo.
b) La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valora por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Existencia de varias lesiones en un mismo miembro u órgano:

En caso de que las lesiones afecten a un sólo miembro u órgano, el cúmulo no puede sobrepasar en ningún caso el porcentaje de invalidez previsto en el baremo para la pérdida total de dicho miembro u órgano.

Existencia de lesiones en diferentes miembros u órganos:

Cuando existen varias lesiones provocadas por un mismo accidente, los grados de incapacidad de cada una de ellas podrán acumularse, sin que dicho grado pueda exceder del 100% sobre el Baremo.

3º. 3. ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CUADRO MÉDICO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Asistencia Sanitaria, la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos necesarios para la curación, derivados de un accidente cubierto por la póliza, siempre que la atención médica se haya realizado exclusivamente en territorio nacional.

"Se excluyen en todo caso cualquier sustancia o tratamiento para mejorar rendimiento o facilitar crecimiento, con independencia de que hayan sido o no prescritas por profesionales médicos, así como tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento".

Se consideran incluidos dentro de la prestación de esta

Garantía:

1. Servicios de locomoción y rehabilitación del asegurado, cuando fueran necesarios y autorizados por el Asegurador.
2. Mantenimiento artificial de las constantes vitales durante **un periodo máximo de sesenta días a contar desde el accidente. A partir de dicho momento, se indemnizará con el capital que corresponda por la garantía de Incapacidad Permanente, con independencia del grado de reversibilidad de la situación.**
3. Cirugía plástica y reparadora como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, hasta el límite de 1.800 euros.
4. Asistencia dental como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, hasta el límite de 1.800 euros.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el asegurado precisara asistencia sanitaria, la misma se prestará por el Asegurador de conformidad con lo indicado más adelante.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones, al producirse el fallecimiento, o determinarse la incapacidad permanente del asegurado o la estabilización de las lesiones/secuelas, bajo criterio del especialista médico de la Compañía y en atención a los documentos médicos de los centros que atendieron al asegurado.

En todo caso, esta prestación finalizará transcurridos 2 años desde la fecha del accidente.

Solamente mediante la contratación de la Garantía específica de Material de prótesis, gafas, aparatos acústicos, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos, se procederá al reembolso de los gastos derivados de dicho material de conformidad con lo indicado en dicha Garantía.

Cualquier prestación recibida por el asegurado fuera del ámbito de lo indicado en este artículo quedará excluida de la cobertura de la póliza.

Solicitud de prestación asistencia sanitaria en Cuadro Médico

La Asistencia médica se prestará en los Centros del Cuadro Médico de Allianz. En caso de accidente cubierto por la póliza, **se deberá contactar con Allianz en el número de teléfono 900 404 444, salvo casos de urgencia vital**, y se le facilitará los datos y ubicación del **Centro del Cuadro Médico** más adecuado en atención a las lesiones sufridas.

A título informativo, se puede consultar el cuadro médico de Allianz, en la página web de la Compañía: www.allianz.es

En la primera comunicación telefónica, se deberá facilitar al menos:

- Datos personales del accidentado y tipología de lesiones.
- Datos del colectivo al que pertenece el accidentado y número de póliza.
- Fecha, lugar y descripción de la forma de ocurrencia.

Posteriormente, y en todo caso en un plazo no superior a 7 días, el accidentado deberá aportar el **Parte de Comunicación de Accidentes** debidamente cumplimentado y sellado por parte del colectivo al que pertenezca. Se podrá facilitar el parte de accidente contactando con el número de teléfono indicado o bien a través del mediador de la póliza. **En los supuestos que no se reciba el parte de accidente debidamente cumplimentado, el coste de la prestación sanitaria correrá a cargo del asegurado.**

Autorización de Asistencia médica

Cualquier prestación de asistencia sanitaria debe ser autorizada previamente por Allianz. **La asistencia sanitaria recibida sin la autorización específica de Allianz, carece de cobertura, salvo lo indicado en caso de urgencia vital.**

La autorización de la asistencia médica, ya se trate de una primera asistencia o de asistencia médica sucesiva, se solicitará en los números de teléfono indicados. Allianz facilitará la autorización directamente al accidentado y/o al Centro Médico según los casos.

Urgencias vitales

Por urgencia vital se entiende toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, de manera que requiere una atención médica inmediata e impostergable. Esta prestación es de obligada atención por cualquier institución de Salud. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico/cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que el accidentado haya sido atendido.

En los casos de urgencias vitales que impliquen un riesgo grave para la vida o la integridad del accidentado según se define más abajo, éste podrá ser atendido por el Centro Sanitario más próximo.

Allianz abonará al Centro Sanitario los gastos sanitarios derivados de la asistencia de urgencia al accidentado durante las primeras 48 horas desde la fecha del accidente. Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el accidentado deberá ser trasladado a un Centro del Cuadro Médico para continuar su tratamiento.

Allianz no asumirá el coste de las prestaciones una vez superado el plazo de 48 horas indicado en Centros que no pertenezcan al Cuadro Médico, salvo autorización expresa.

3º. 4. MATERIAL DE PROTESIS, GAFAS, APARATOS ACUSTICOS, MATERIAL DE ORTOPEDIA, OSTEOSINTESIS Y FIJADORES EXTERNOS

Exclusivamente mediante la contratación de esta Garantía se garantiza como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el suministro gafas graduadas, aparatos acústicos (ambos exclusivamente por rotura), material de prótesis, material de ortopedia, osteosíntesis y fijadores externos con el **límite reflejado en póliza, siempre y cuando dicho accidente haya**

originado también la prestación de una asistencia médica.
Es necesaria la autorización del Asegurador para tener acceso a esta prestación, a fin de valorar la idoneidad y necesidad del material para la curación del lesionado, y el prestador del servicio.
El Asegurador podrá autorizar esta prestación solo a través de determinados proveedores que comunicará al asegurado en dicha autorización, quedando exento de responsabilidad en caso de no aceptación de dichos proveedores.
Esta prestación se realizará para gastos derivados de prestaciones recibidas durante un plazo máximo de dos años a contar desde la fecha del accidente

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

3º. 5. OPERACIONES DE SALVAMENTO O BUSQUEDA Y TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO

Se garantiza, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, **y dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo**, el reembolso de los gastos al asegurado que sean consecuencia de **Operaciones de salvamento o búsqueda del accidentado y transporte necesario hasta el máximo señalado en póliza**, por asegurado y siniestro.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el capítulo I de estas condiciones.

Artº. 4º. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

1-Personas no asegurables:

Aquellas afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o de otras enfermedades graves y/o permanentes.
La garantía relativa a personas afectadas por diabetes mellitus será válida con la doble condición de que la tasa de glucosa en sangre no supere los 200 mg por decilitro y que la diabetes no se haya detectado antes de la contratación de la póliza.
Para menores de 14 años, y salvo indicación expresa en Condiciones Particulares, se excluye la cobertura de Fallecimiento, quedando sustituida por un importe en concepto de Gastos de Sepelio. Dicho importe será el indicado como capital de Fallecimiento, con un límite máximo en cualquier caso de 6.000 euros.

2-Riesgos excluidos:

- Salvo contratación de una garantía específica, el infarto de miocardio no se considera accidente a efectos de esta póliza.
- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el Apartado de Definiciones.
- Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- Los ocasionados a consecuencia de un acto doloso del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- Suicidio o tentativa de suicidio.
- Operaciones e intervenciones practicada por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.
- Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin motor, paracaidismo y similares.
- Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración
- Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.
- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.
- Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos.
La práctica de boxeo, artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y de submarinismo, esquí y deportes en la nieve, pesca en alta mar o caza mayor y los definidos como deportes o actividades de riesgo, tales como deportes aeronáuticos, alpinismo, puenting, rafting, descenso de barrancos y otros de similar riesgo.
Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos:
Artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y esquí de nieve.
-Tratamientos o material de ortopedia con finalidad preventiva o paliativa, sin que modifiquen el pronóstico final, así como rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
- Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones:
Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.
- Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.
- Terremotos u otros fenómenos de la naturaleza, salvo que sean declarados catastróficos y cubiertos por la legislación especial en vigor.
- Hechos de guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra) guerra civil, motines, conmoción civil y levantamiento popular o militar,

insurrecciones, rebeliones, revolución militar o poder usurpado, ley marcial o estado de sitio, manifestaciones, huelgas y cualquier otro disturbio socio-político; salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la legislación especial en vigor. Los accidentes ocurridos fuera del territorio español debidos a dichas causas, no quedarán excluidos si el Asegurado se hallaba en el país en que ocurran con anterioridad a su inicio, no tome parte activa en los mismos y el accidente sobrevenga antes de cumplirse catorce días desde el inicio de dicha situación anómala.
- Actos de terrorismo, salvo que sean cubiertos por la legislación especial en vigor. A estos efectos, "terrorismo" significa un acto, que incluye pero no se limita al uso de la fuerza o la violencia y / o la amenaza del mismo, de cualquier persona o grupo (s) de personas, ya sea que actúen solos o en nombre de o en conexión con cualquier organización (es) o gobierno (s), cometidos con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir en cualquier gobierno y / o poner al público, o cualquier sector del público, en miedo".
- Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, máser o ultravioletas, generados artificialmente. Por tanto, no se cubre ninguna pérdida, daño, gasto o similar, ocasionado directa o indirectamente por las siguientes causas, y sin importar su relación con cualquier otra causa o evento que contribuya concurrentemente o en cualquier otra secuencia a la pérdida: Reacción nuclear o radiación, o contaminación radioactiva (sin importar como haya sido originada). Incluyendo pero sin limitarse al incendio directa o indirectamente ocasionado por una reacción nuclear o radiación, o contaminación radioactiva.
Tampoco se cubren daños causados por radiaciones ionizantes o contaminación por radiactividad procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear o de la combustión de combustible nuclear; por las propiedades radiactivas, tóxicas, explosivas u otras propiedades peligrosas o contaminantes de cualquier instalación nuclear, reactor u otro ensamblaje nuclear o componente nuclear del mismo ; por cualquier arma u otro dispositivo que emplee fisión y / o fusión atómica o nuclear u otra reacción similar o fuerza o materia radiactiva.
- Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artº. 5º. CLÁUSULA DE EVENTO CIBERNÉTICO

1. **¿Qué cubrimos?**

   Con relación a las garantías y riesgos cubiertos por la presente póliza, quedarán igualmente amparados cuando el siniestro traiga causa de un evento cibernético.

2. **¿Qué NO se cubre?**

Además de los riesgos NO asegurados de conformidad con las condiciones particulares y generales de la presente póliza, **NO quedan garantizadas:**

- **Aquellas reclamaciones derivadas del incumplimiento doloso del asegurado de las más elementales normas de diligencia ni del incumplimiento de obligaciones y requisitos legales o de requerimientos de autoridades locales.**
- **Riesgos que deban cubrirse por el Consorcio de Compensación de Seguros.**
- **Perjuicios patrimoniales primarios entendidos como aquellos menoscabos o perjuicios patrimoniales no derivados de un Daño Personal, Material o Consecuencial de estos, que sufran Terceros como consecuencia de las Actividades del Tomador del Seguro / Asegurados.. Esta exclusión aplica incluso en aquellos casos en que la póliza pudiera incluir la garantía de perjuicios patrimoniales puros, que en ningún caso alcanzará a los ocasionados por eventos cibernéticos.**
- **Responsabilidad frente a terceros por vulneración de la normativa nacional e internacional en materia de protección de datos personales.**
- **Impuestos, multas o penalizaciones, sanciones o recargos así como daños punitivos y ejemplarizantes, cualquiera que sea su naturaleza, y en especial las derivadas de la normativa nacional e internacional en materia de protección de datos personales.**
- **Perjuicios resultantes de la revelación de información confidencial, secretos empresariales, competencia desleal, publicidad engañosa, calumnia o injuria.**
- **Reclamaciones basadas en la violación del Derecho de patentes, marcas, modelos y otros derechos de protección comercial, así como reclamaciones basadas en derechos que caen dentro del ámbito de la propiedad intelectual o industrial en general.**
- **Por daños morales, entendidos como aquellos no generados por daños personales o materiales, y que no trasciendan en la esfera patrimonial del perjudicado, tales como los basados en reclamación por la lesión de derechos de la intimidad personal, familiar, la propia imagen u otros derechos de protección de las personas, así como aquellos daños morales que entrañen menosprecio.**
- **Reclamaciones por discriminación, entendiéndose como tal una reclamación que alegue, derive de, se base o sea atribuida a prácticas de empleo indebidas, o a cualquier discriminación incluyendo la que se produzca por razón de raza, credo, religión, origen étnico, nacionalidad, edad, minusvalía, sexo u orientación sexual o embarazo.**
- **Pago o reembolso de rescates en caso de**

secuestro (ciberextorsión - malware) de datos.

- **Pérdida de beneficio, paralización de actividad o cualquier denominación equivalente cuando dichos perjuicios NO traigan causa de un daño material amparado en póliza. Tampoco se extiende la cobertura de "evento cibernético" a la pérdida de beneficio por proveedores, imposibilidad de acceso y/o clientes; de estar contratadas.**
- **NO tendrán la consideración de daño material ni por tanto cobertura:**
  - **La pérdida, daños, destrucción, distorsión, borrado, corrupción o alteración de DATOS por cualquier causa (incluyendo pero no limitado a fallos de seguridad en la red y/o virus informático); considerando igualmente excluidos la pérdida de uso, la reducción de la funcionalidad y/o los gastos asociados de cualquier naturaleza; y todo ello independientemente de que pudiera concurrir otra causa o evento al siniestro.**
  - **Pérdidas derivadas directa o indirectamente de pérdida, alteración, daños, reducción de la funcionalidad, disponibilidad u operatividad de sistemas informáticos, hardware, programas, software, repositorios de información, microchips, circuitos integrados o similares, correo electrónico o páginas web; salvo en aquellos casos en que las citadas pérdidas hayan sido causadas por incendio, rayo, explosión o acción del agua.**
- **Ciberguerra, Ciberterrorismo, saqueos y actos gubernamentales.**

3. **Valoración de dispositivos electrónicos que procesen datos.**

   Prevaleciendo sobre cualquier indicación en contrario, para el caso en que la presente póliza asegurase los daños materiales sufridos por dispositivos electrónicos que contengan datos, la cuantificación del importe a indemnizar se realizará considerando el coste del dispositivo electrónico vacío, incluyendo los gastos derivados de copiar los DATOS desde una copia de seguridad o desde otros dispositivos originales de otra generación.

   NO se indemnizarán en ningún caso los costes de investigación ni de ingeniería ni los necesarios para volver a crear, recopilar o reunir estos DATOS.

   Cuando el dispositivo no pueda ser reparado, cambiado o restaurado, el valor a indemnizar será el coste del dispositivo electrónico vacío. **De este modo, esta póliza no indemnizará importe alguno relacionado con el valor de los DATOS para el Asegurado ni para terceros aun cuando esos DATOS no puedan ser creados de nuevo, recuperados o reunidos.**

4. **Definiciones:**

Evento cibernético significa:

- cualquier procesamiento no autorizado de datos por parte del asegurado.
- cualquier incumplimiento de las leyes e infracción de las normas relacionadas con el mantenimiento o la protección de datos.
- cualquier fallo de seguridad de la red en la esfera del asegurado.

El término **dato** incluye, entre otros, datos personales, hechos, conceptos e información, software u otras instrucciones codificadas de manera formal y utilizable para comunicaciones, interpretación o procesamiento.

Datos personales significan cualquier información relativa a una persona física identificada o identificable, entendiendo por persona identificable aquella que pudiera ser directa o indirectamente identificada, en particular por referencias a elementos identificables como son el nombre, su número de documento de identidad, dirección, identificadores online o referencias identificables uno o más factores específicos de tipo físico o fisiológicos, genéticos, mentales, económicos, culturales o sociales.

Procesamiento significa cualquier operación o conjunto de operaciones que se realiza en datos o en conjuntos de datos, ya sea por medios automáticos o no, tales como recopilación, registro, organización, estructuración, almacenamiento, adaptación o alteración, recuperación, consulta, uso, divulgación por transmisión, difusión o puesta a disposición, alineación o combinación, restricción, borrado o destrucción.

Daño a los datos significa cualquier pérdida, destrucción o corrupción de datos. Cualquier daño a los datos de un tercero por parte del asegurado NO será considerado como evento cibernético si no se deriva de un fallo de seguridad de la red.

Esfera del asegurado se refiere a cualquier sistema o dispositivo arrendado, poseído, operado o perdido por el asegurado, o que esté disponible o accesible para el asegurado, para el procesamiento de datos.

Fallo de seguridad de red significa cualquier fallo no físico y tecnológico de la seguridad del sistema informático u otras medidas de seguridad tecnológica que conducen a acceso no autorizado y / o robo de datos, pérdida de control operativo de datos, transmisión de virus o código malicioso y / o denegación de servicio.

Virus informático significa un conjunto de instrucciones contaminantes, dañinas o similares, o de códigos no autorizados, incluyendo un conjunto de instrucciones o códigos, programables u otros, introducidos maliciosamente y no autorizados, que se autopropaguen a través de sistemas computacionales o redes de cualquier naturaleza; entre los que se incluye cualquier "malware" como "caballos de Troya", "gusanos", "bomba de tiempo o lógicas", "secuestro o ransomware" o similares.

El **acto de terrorismo** (como se define en este Contrato o, si no se define en este Contrato, como se

Original para el Tomador del Seguro

rige por las leyes y regulaciones aplicables) independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia a la pérdida o daño, también incluirá el **ciberterrorismo**, es decir, el uso de redes o sistemas informáticos con fines terroristas, como pudiera ser cualquier ataque o actividad disruptiva premeditada política, religiosa o ideológicamente (u objetivo similar), o la amenaza del mismo, por parte de un grupo o individuo contra el sistema informático o la red de cualquier naturaleza o para intimidar a cualquier persona en cumplimiento de tales objetivos.

Se trata de ataques implementados con el objetivo de provocar la interrupción o degradación de la prestación de un servicio, provocando daños relevantes en la continuidad del servicio de una institución, daños materiales o daños reputacionales relevantes cometidos con propósitos ideológicos, políticos o religiosos.

Tendrá también la consideración los delitos informáticos previstos en los art. 197 bis y ter y 264 a 264 quater de la Ley Orgánica 10/1995 de Código Penal, o norma que los modifique o sustituya, cuando dichos delitos se cometan con las finalidades previstas en el artículo 573.1 del mismo texto. Estas finalidades son:

- Subvertir el orden constitucional, o suprimir o desestabilizar gravemente el funcionamiento de las instituciones políticas o de las estructuras económicas o sociales del Estado, u obligar a los poderes públicos a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo.
- Alterar gravemente la paz pública.
- Desestabilizar gravemente el funcionamiento de una organización internacional.
- Provocar un estado de terror en la población o en una parte de ella.

Por **ciberguerra**, se entenderá el uso de redes o sistemas informáticos con fines bélicos entendidos como cualquier acción hostil o bélica en tiempos de paz, guerra civil o guerra. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles (con o sin declaración de guerra e incluyendo daños y amenazas de ciberextorsión y/o ciberataque), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, disturbios o agitación social que asumieran la proporción o resultaran en levantamiento popular, poder militar o golpe de estado o ley marcial;

Por **actos gubernamentales**: la expropiación, nacionalización, confiscación, requisa, embargo o cualquier otro acto de una autoridad pública local, gubernamental o de facto, acometidos por orden de dichas autoridades.

Artº. 6º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, 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.

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.

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por 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 cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la

materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. *Riesgos excluidos*
   a) *Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.*
   b) *Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.*
   c) *Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.*
   d) *Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.*
   e) *Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.*
   f) *Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.*
   g) *Los causados por mala fe del asegurado.*
   h) *Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.*
   i) *Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".*

3. *Extensión de la cobertura*
   La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

   En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 7º. SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

A) Documentación que debe presentarse en caso de Siniestro:

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

- En caso de Muerte por accidente:
  a) Certificado literal de defunción, emitido por el Registro Civil.
  b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
  c) Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de Sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
  d) Si existe designación expresa de Beneficiario, y además del documento que acredite la personalidad del mismo, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y copia del último Testamento. Si no existe designación expresa, certificado el Registro de Últimas Voluntades y copia del último Testamento y, en caso de inexistencia, Declaración de Herederos o Acta de Notoriedad.

-En caso de Muerte por infarto:
La misma documentación indicada en el apartado anterior, además de la acreditación de que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de un infarto de miocardio.

-Común a todos los casos de Muerte del asegurado:
A petición de los Beneficiarios, el Asegurador realizará un pago anticipado por el importe correspondiente al Impuesto sobre Sucesiones que correspondiera abonar exclusivamente relativo al seguro contratado.
Para realizar dicho anticipo, será necesario que el Asegurador haya aceptado el siniestro y recibido la documentación necesaria para tal aceptación, así como justificación de la Delegación de Hacienda donde conste el importe a satisfacer en concepto del citado Impuesto.
El importe abonado se reducirá de la posterior indemnización.

-En caso de Incapacidad Permanente según Baremo (incluida Progresiva):
  a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes.
  A la vista de dicha documentación, el Asegurador notificará la cuantía de la indemnización que estima procedente, a tenor del citado Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita 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 la que sea requerida por la otra parte, y de no hacerlo, se entenderá que acepta expresamente el dictamen del Perito designado.
  Si los Peritos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el grado que corresponde según el Baremo. En caso de desacuerdo, ambas partes nombrarán un tercer Perito y, de no estar de acuerdo en su nombramiento, se realizará a través del Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, según el procedimiento establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil, debiendo emitir su dictamen en el plazo máximo de treinta días desde su nombramiento.
  El dictamen final resultante será vinculante para ambas partes, salvo impugnación del asegurado en ciento ochenta días o del Asegurador en treinta días. Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán por mitad entre Asegurado y Asegurador.
  b) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por la Delegación de Hacienda.

-En caso de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez:
  a) Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, causa, inicio, naturaleza y consecuencias de la misma.
  b) Resolución firme de la Autoridad Laboral competente donde se exprese el grado de Incapacidad Permanente reconocido al asegurado.
  c) Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.

-En caso de Asistencia Sanitaria:
  a) Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
  b) Parte de primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
  c) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

-En caso de Invalidez Temporal:
  a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
  b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atienda.

-En caso de Hospitalización y Convalecencia:
  a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
  b) Parte de Baja y Alta hospitalarias.

-En todos los supuestos:
Declaración del Asegurado o Beneficiario explicando el accidente: fecha, motivo, causa, y consecuencias.

B) PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

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 incapacidad resultante. Una vez recibidos los documentos anteriormente indicados, el Asegurador abonará o consignará el importe de la prestación garantizada en el plazo de cinco días en caso de Muerte o Incapacidad Permanente.
En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador abonará el importe mínimo de lo que pudiera deber según las circunstancias por él conocidas.
Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiese abonado la indemnización o procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber, dentro de los cuarenta días anteriormente estipulados por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés del dinero, vigente en el momento del devengo, e incrementado en un 50 por ciento. A partir de los dos años de ocurrencia del siniestro, este interés no será inferior al 20 por ciento.

Original para el Tomador del Seguro

CAPÍTULO IV

Administración de la póliza

Artº. 8º. PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, 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 sus correspondientes vencimientos.

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 o del Asegurado, en su caso.

Si se pactara la domiciliación bancaria de los recibos de prima en Condiciones Particulares, el obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

Si por culpa del Tomador o del Asegurado, en su caso, 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 de una de las primas siguientes a la primera, 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. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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 o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

Artº. 9º. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

En las Condiciones Particulares se indicará expresamente el importe de las primas de 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.

A cada vencimiento de la póliza se procederá a la actualización de las primas, incorporándose a las mismas los ajustes necesarios para garantizar la suficiencia de las tarifas. Asimismo, se aplicarán también los ajustes necesarios para constituir las provisiones técnicas que se adecuen a lo dispuesto en la normativa vigente sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Artº. 10º. PRIMAS REGULARIZABLES

En el supuesto de que para el cálculo de la prima se hubieran adoptado elementos o magnitudes susceptibles de variación, se indicará en la póliza la periodicidad con la que deberá reajustarse la prima. En el supuesto de que no se indicara, se entenderá que deberá reajustarse al final de cada período de seguro.

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado, en el plazo de treinta días desde el término de cada período de regularización, deberá facilitar al Asegurador los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima.
2. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima neta mínima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Asegurador tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima esté calculada. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos.
4. Si se produce un siniestro, habiéndose incumplido el deber del artículo 11.4 por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
   a) **Mala fe del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su prestación.**
   b) Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.

CAPÍTULO V

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 11º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes **Condiciones Generales** del contrato de seguro tienen, **al final de cada apartado**, la **referencia a los preceptos de la Ley** aplicables a su contenido, para que su **consulta** pueda ser hecha, si se desea, con la máxima **precisión y facilidad.**

Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al Contrato de Seguro.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º y 3º

11º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El **Tomador del Seguro**, que **da respuesta al Cuestionario** de seguro para que pueda elaborar la póliza, **suscribe el contrato y paga las primas.**
2. El **Asegurado**, que tiene un **interés económico en el objeto del seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato.**
3. El **Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** que **garantiza la realización de las prestaciones** previstas **en caso de siniestro.** En adelante, se le denomina también **"la Compañía".**
4. Los **Coaseguradores**, Aseguradores que, junto con la Compañía, **asumen mancomunadamente el contrato,** sin solidaridad entre ellos frente al Asegurado o terceros. **Se relacionan en la póliza, estableciéndose su participación porcentual en las garantías** y primas.
5. El **Acreedor**, titular de un **derecho de prenda o de un crédito privilegiado sobre los** bienes asegurados, por razón de pago aplazado, préstamo o leasing, **sin cuyo consentimiento no se puede pagar la indemnización**
6. EL **Órgano de Control**, que es la **Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda**, que **supervisa la actividad** en virtud de la competencia que corresponde al **Reino de España**, Estado miembro del **Espacio Económico Europeo.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 40º a 42º, 84º a 88º y 100º.

11º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro

A) El Asegurador **confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas al Cuestionario** dadas por el Tomador del Seguro y **aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones** hechas por el mismo, por lo que **las contestaciones del Tomador del Seguro tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato.**

B) La **póliza** reúne, en un solo documento, las **Condiciones Particulares** del Contrato de Seguro, que fijan los **datos propios e individuales** del contrato, **determinan su objeto y alcance** y recogen las **cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley;** y las **Condiciones Generales** del Contrato de Seguro, que tratan de los **derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato.**
Además pueden existir los **Suplementos**, que son **modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.**

C) El **Tomador debe leer y comprobar** atentamente los **términos y condiciones de su póliza** y, en su caso, **pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.**

D) Si la **póliza es conforme**, el **Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.**

E) El **Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.**

F) **Sólo** si se han cumplido los **requisitos de firma de la póliza y pago de la prima el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

11º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La **duración** del contrato se fija **desde las 00:00 horas del día del inicio** del período de cobertura, hasta las **veinticuatro horas del día de su finalización.**

B) **Cada año**, salvo casos especiales, la póliza **vence y se renueva de forma automática.**

C) Para que el seguro **continúe vigente**, el Tomador del Seguro **debe pagar la prima** correspondiente a la **siguiente anualidad** . Tiene para ello un **plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.**

D) Cuando el **Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación, cuando quien se oponga a la prórroga sea el Asegurador, y un mes cuando sea el Tomador.**

E) **Casos que pueden originar que una de las partes**

decida rescindir el contrato antes del vencimiento: cuando se produzca una agravación del riesgo, cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o cuando se produzca una variación en la situación jurídica del Tomador del Seguro o del Asegurado (como puede ser por ejemplo, la suspensión de pagos).
Si es el Asegurador quien rescinde, prorroga quince días la cobertura para que el Tomador del Seguro tenga tiempo de suscribir otra póliza y le devuelve la parte de prima proporcionalmente no consumida.
El Asegurado podrá hacerlo con efecto inmediato, sin recuperación de la parte proporcional de prima.

F) **Igualmente** ocurre cuando **los bienes asegurados sean vendidos o transmitidos** a otras personas.
Se ha de **notar especialmente** que el **nuevo comprador o poseedor no se subroga en los derechos del antiguo Asegurado en las pólizas nominativas que amparan riesgos no obligatorios, como es el caso de ésta. Sólo previa petición del comprador y posterior aceptación expresa por parte del Asegurador, el seguro continuará en vigor para el comprador, que sería entonces el nuevo Asegurado.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 34º, 35º, 36º y 37º.

11º. 4. Modificación del contrato de seguro

A) Cualquier modificación que se produzca **en el contenido de las respuestas** que, antes de la contratación de la póliza hizo el Tomador del Seguro en el Cuestionario, debe **ser comunicada** al Asegurador **a la mayor brevedad**, por si es necesario **adaptar la póliza a la nueva situación.**

B) Así, las **agravaciones o disminuciones del riesgo, el cambio en la titularidad de los bienes asegurados o cualquier modificación de su situación jurídica** (como puede ser, por ejemplo, la constitución de una hipoteca) **deben ser comunicadas** por el Tomador del Seguro, normalmente **en el plazo de 15 días, salvo en los casos de agravación del riesgo, en que la comunicación debe ser inmediata.**

C) La **respuesta** del Asegurador debe hacerse, generalmente, **en el mismo plazo de 15 días, salvo** cuando se trata de **agravación del riesgo**, caso en que dispone de **dos meses para proponer la modificación** del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador **no haga uso previamente de las facultades de rescisión** señaladas en el Apartado anterior.

D) Cuando se produce una **disminución del riesgo**, el Tomador del Seguro **tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 32º, 34º, 37º y 40º.

11º. 5. Actuación en caso de siniestro

A) Ante todo, en caso de siniestro, el **Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias** del mismo, **cooperando al salvamento de personas y bienes.**

B) El **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deben comunicar** al Asegurador, incluso por teléfono o correo electrónico, **la ocurrencia** del siniestro, sus **circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.**

C) **Inmediatamente**, el Asegurador **procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o el Beneficiario para fijar el importe de la indemnización o realizar la prestación.**

D) Si las **características del siniestro** lo requieren, el **Asegurador designará Perito.** El **Asegurado** puede, si lo desea, **nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.**

E) Los **desacuerdos** entre Peritos se solucionarán por el **nombramiento de un tercer Perito, que decidirá la cuestión.**

F) El **dictamen** de los Peritos **será vinculante** para las partes, **salvo impugnación judicial** hecha por una de ellas.

G) Cuando el **dictamen** de los Peritos **no sea impugnado** judicialmente, el **Asegurador abonará la indemnización en el plazo de cinco días.**

H) Para **no perjudicar los intereses** del Asegurado o del Beneficiario, **si la peritación y trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva indemnización.**

El pago provisional equivaldrá a la **indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.**

I) **Una vez pagada la indemnización,** en muchas ocasiones el **Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables** del daño. **El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.**

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 32º, 38º, 39º, 43º, 82º y 104º.

11º. 6. Otras cuestiones de interés

A) **Principio de la buena fe.**

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen **van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de indemnización e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.**

En general, tales situaciones se producen cuando el **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro realiza declaraciones incorrectas; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en la tareas de salvamento y, en resumen,**

cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro

B) **Comunicaciones entre las partes.**
Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante el teléfono o por correo electrónico. Cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario o el Acreedor **se dirijan al Asegurador,** pueden hacerlo **a su domicilio social, al de sus sucursales.** Tales comunicaciones pueden hacerlas **directamente** al Asegurador o bien **a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.**
El Asegurador se dirigirá al **último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o del Acreedor.**

C) **Prescripción de acciones.**
Las **acciones para exigir derechos** derivados del contrato prescriben a los **cinco años**.

D) **Consultas y aclaraciones sobre incidencias:**

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El Mediador de Seguros, BMS MEDIACION IBERIA CORREDU DE SEGUR S. teléfono 954050530, e-mail informacion@bmsgroup.com ,o dirección postal PASEO DE LA CASTELLANA (EDF. TORRE EURO) 95 PLTA 15 , 28046 MADRID .
2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 900 300 250, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.
   Línea para Reclamaciones: 900 225 468

E) **Departamento para la Defensa del Cliente:**

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: C/Tarragona, 109 - 08014 Barcelona - Apartado de correos nº38, 08080 de Barcelona - email: ddc@allianz.es - www.allianz.es, así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con el Reglamento que se encuentra a su disposición en la web y en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta dentro del plazo máximo señalado en este último.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento para la defensa del cliente sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid

F) **Litigios sobre el contrato:**

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

G) **Restricción por sanciones económicas internacionales:**

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Categorías de datos que podemos tratar	Datos identificativos, de contacto, relativos a sus características personales o circunstancias sociales y familiares o sociodemográficos, datos económicos y financieros, datos sobre el riesgo asegurado y datos relativos a su salud.
Finalidades	Sus datos serán tratados con las siguientes finalidades (i) atender su solicitud de contacto y ponernos en contacto contigo (ii) realización de valoraciones, selección, comprobación y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima; (iii) contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro o plan de pensiones contratado; (iv) prevención del fraude a través de la consulta y cesión de datos a ficheros de prevención del fraude; (v) prevención de la morosidad y valorar la solvencia patrimonial de nuestros asegurados a través de la consulta a ficheros de solvencia crediticia; (vi) llevar a cabo las comprobaciones correspondientes conforme a lo establecido en la legislación en materia de prevención de capitales y financiación del terrorismo; (vii) elaboración de perfiles con fines actuariales y análisis de mercado (viii) mercadotécnica directa a través de la creación de un perfil comercial para determinar cuáles son sus preferencias e intereses; (ix) con fines publicitarios y de prospección comercial a través del envío de comunicaciones comerciales de productos propios y sobre productos y servicios del resto de entidades del Grupo Allianz; (x) realización de los test de exigencias y necesidades así como de idoneidad para la determinación de sus exigencias, necesidades, conocimientos y experiencia antes de la contratación de un producto; (xi) mejorar su experiencia y satisfacción como cliente a través de encuestas o estudios de mercado; (xii) anonimización de sus datos que tratamos; así como (xiii) realización de ejercicios de prevención y análisis de vulnerabilidades.
Procedencia de sus datos	Hemos obtenido sus datos de su distribuidor de seguros, tales como su agente o corredor de seguros (en caso de disponer de él).
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante ha consentido expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios para la contratación del seguro, y adicionalmente consiente para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial.
  NO
- Cesión a las demás entidades del GRUPO Allianz en España (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan ser de su interés.
  NO
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada.
  NO

CLÁUSULA FINAL

El Tomador y/o asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de Allianz Accidentes Colectivo, que consta de 24 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados. Asimismo, el Tomador del Seguro declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, el tomador solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su aceptación y al pago de la prima.

Igualmente, el Tomador del Seguro declara que los datos que ha suministrado son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto

le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

Por último, el Tomador de Seguros declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulados en el Capítulo VII y Capítulo VI de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras respectivamente, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros.

Ambas partes consideran el texto del presente contrato como un todo indivisible, así como que las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y/o Apéndices que se emitan, constituyen la Póliza no teniendo validez ni efecto por separado, otorgando, así, su pleno consentimiento en SEVILLA 30 Junio 2025.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador
FEDERACION GALLEGA DE BALONCES

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.