

CONDICIONES ESPECIALES



Póliza de accidentes para actividades con vehículos a motor (Motorsport)

TOMADOR

CIF:

N:Poliza

C.D. MOTOR EXTREMO

NIF: G-92603521

FEXTR000125



CONDICIONES ESPECIALES

Las presentes Condiciones Particulares prevalecerán, en caso de duda, contradicción o conflicto de interpretación, sobre lo dispuesto en las Condiciones Especiales y Generales.

Compañía Aseguradora	Lloyd's Insurance Company S.A. HAM 5376 Lloyd's Insurance Company S.A. Bastion Tower Marsveldplein 5 1050 Ixelles, Bélgica Lloyd's Insurance Company S.A. es una compañía de seguros autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica (NBB) y regulada por la Autoridad de Mercados y Servicios Financieros (FSMA) (Ref. 3094)
Número de Póliza	FEXTR000125
Periodo De Seguro	21/02/2025 al 21/02/2026
Tomador Del Seguro	C.D. MOTOR EXTREMO NIF: G-92603521
Dirección	Calle archidona, 42. Polígono industrial La Vega. 29650
Corredor	RISKMEDIA INSURANCE BROKERS, Correduría de seguros y reaseguros S.L - B-60024973 Nº DGS J-1652 
Dirección	Av. Diagonal 477, pl 11, 08036 BARCELONA - ESPAÑA
Número total de asegurados del colectivo	Según relación facilitada a la Aseguradora con periodicidad mensual.
Número de asegurados	Según relación facilitada a la Aseguradora con periodicidad mensual.
Categoría del riesgo	Actividades con vehículos a motor (Motorsport)

Quedan cubiertas única y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad: Práctica de motociclismo y automovilismo en circuito, según se detalla en CONDICIONES ESPECIALES.

Garantías contratadas

GARANTÍAS	CAPITAL ASEGURADO
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	15.000,00 €
Menores de 14 años Gastos de sepelio	3.005,06 €
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE	15.000,00 €
ASISTENCIA SANITARIA MÁXIMO 18 MESES	Ilimitada en Centros Concertados

CONDICIONES ESPECIALES

ARTÍCULO II

1. PREEXISTENCIAS

Se hace constar que, para aquellos asegurados que tuvieran lesiones, enfermedades o cualquier tipo de minusvalía 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 minusvalías preexistentes, tanto físicas como psíquicas.

2. EXCLUSIÓN DE EPIDEMIAS Y PANDEMIA

Se excluye expresamente de las coberturas de la póliza cualquier hecho que tenga su origen en una situación de epidemia o pandemia.

3, PRIMAS Y REGULARIZACION DE PRIMAS

El Tomador se compromete a facilitar fichero con relación de asegurados por modalidad, existentes con una periodicidad mensual. 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. ALCANCE DE LAS COBERTURAS

Quedan cubiertos únicamente y exclusivamente los accidentes sufridos por los asegurados derivados de la siguiente actividad:

Cursos, entrenamientos, eventos y tandas libres con vehículos a motor en circuitos permanentes, así como “asistentes de pista, (mecánico, fotógrafo o acompañante del piloto), no quedando cubiertos los asistentes de pista en caso de que el accidente sea fruto de la conducción de vehículos”, siempre y cuando no sean competiciones oficiales organizadas por las federaciones de motociclismo y/o automovilismo.

En todos los casos descritos anteriormente, la actividad ha de realizarse en circuitos permanentes vallados, sin acceso libre, y propiedad de empresas, autónomos, asociaciones deportivas o clubs que tengan como actividad la explotación comercial de circuitos, como en circuitos de velocidad y de seguridad, motocross, autocross, pistas de karting, trial, enduro y pistas de freestyle en circuito cerrado, o circuitos vallados sin acceso libre.

Los asegurados serán los conductores de dichos vehículos, así como los copilotos en el caso que aplique, excluyéndose a pilotos profesionales y/o federados en competiciones oficiales y/o federadas.

Quedan incluidas las carreras no federadas y sin carácter oficial organizadas por empresas, autónomos, asociaciones deportivas o clubs, que puedan presentar un reglamento organizativo de la prueba siempre que el asegurado contrate la cobertura RACE.

Quedan excluidas competiciones oficiales y/o federadas así como la práctica de cursos, entrenamientos, eventos y tandas libres con vehículos a motor que se desarrollen FUERA DE CIRCUITOS PERMANENTES, vallados, sin acceso libre, y propiedad de empresas, autónomos, asociaciones deportivas o clubs que tengan como actividad la explotación comercial de circuitos, como en circuitos de velocidad y de seguridad, motocross, autocross, pistas de karting, trial, enduro y pistas de freestyle en circuito cerrado, o circuitos vallados sin acceso libre.

5. 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 o 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 (incluidos 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

microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias

discales, y en general cualquier patología degenerativa.

La prestación de asistencia médica-quirúrgica y sanatorial comprende:

- a) Primer traslado (segundo traslado en caso de que el cuerpo médico así lo decida) y evacuación del lesionado a clínicas indicadas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el lesionado requiera ser hospitalizado.
- b) Primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios diagnósticos, radiología, prótesis y osteosíntesis en régimen hospitalario, 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 derivados del proceso de curación no incluido en póliza

Se excluyen los gastos derivados de:

- Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no estén implantados en la Red Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, o bien que se hayan quedado manifiestamente superados por otras disponibles.

- Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia los ejercicios hipopresivos, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, las modalidades de fototerapia, y sus indicaciones, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas no reconocidas oficialmente.

- La medicina regenerativa (factores de crecimiento y similares), la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.

- Todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

- La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador (excepto los neuronavegadores).

- La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato locomotor.

- Material prescrito en Centros no autorizados por el Asegurador.

- Material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes.

- Material prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias)

- Rehabilitación a domicilio

- Farmacia ambulatoria

- Gastos de odonto-estomatología.

- Asistencia médica en el extranjero por importe superior a 9.000 euros

- Traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico a su domicilio.

- Tratamientos relacionados con factores de crecimiento o mejoras del rendimiento

6. 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.

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 y en un plazo máximo de 48 horas, el lesionado deberá ser trasladado a un Centro indicado por el Asegurador. En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios. A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia.

El asegurado no podrá acudir simultánea o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del Asegurador.

- La medicina regenerativa (factores de crecimiento y similares), la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.

- Todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

- La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador (excepto los neuronavegadores).

- La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato locomotor.

- Material prescrito en Centros no autorizados por el Asegurador.

- Material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes.

- Material prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias)

- Rehabilitación a domicilio

- Farmacia ambulatoria

- Gastos de odonto-estomatología.

- Asistencia médica en el extranjero por importe superior a 9.000 euros

- Traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico a su domicilio.

- Tratamientos relacionados con factores de crecimiento o mejoras del rendimiento

6. 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.

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 y en un plazo máximo de 48 horas, el lesionado deberá ser trasladado a un Centro indicado por el Asegurador. En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios. A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia.

El asegurado no podrá acudir simultánea o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del Asegurador.

7. CIRCUITOS EN EL EXTRANJERO:

Quedan incluidos los accidentes sufridos en los circuitos fuera de España, si bien la asistencia sanitaria en estos circuitos queda limitada a 9.000 euros en concepto de asistencia médica y transporte del accidentado mediante reembolso de gastos médicos. A su regreso a España se continuará con la asistencia sanitaria contratada

8. EDAD MAXIMA

No podrán tener consideración de Persona Asegurada los mayores de 70 años.

Para los menores de 14 años, la garantía de fallecimiento quedará limitada a los gastos de sepelio, según convenido en las Condiciones Particulares..

9. CARENCIA:

En el caso de contratación de seguros diarios no se haga a través de un organizador o circuito afiliado a RISKMEDIA INSURANCE BROKERS Correduría de seguros y reaseguros, S.L. , las coberturas de la póliza entrarán en vigor 6 horas después de la contratación y pago del seguro por cada asegurado, mientras que para los seguros anuales o diarios contratados a través de un organizador o circuito afiliado a RISKMEDIA INSURANCE BROKERS Correduría de seguros y reaseguros, S.L. las coberturas entrarán en vigor después de la contratación y pago del seguro por cada asegurado.

10. COMUNICACIONES:

El Tomador facilitará cada lunes un fichero Excel con la relación de asegurados correspondientes a la semana. Y otro fichero Excel, el primer día de cada mes, con la relación de asegurados acumulada del mes anterior, a fin de proceder a integrarlos en la póliza con efecto +6 horas, de acuerdo con lo establecido en el apartado CARENCIA.

11. DECLARACION DE SINIESTRO

En un plazo no superior a 7 días, desde la ocurrencia del siniestro, el accidentado deberá aportar el Parte de Comunicación de Accidentes debidamente cumplimentado y sellado por el organizador del evento o el propietario del circuito donde se haya producido el siniestro

12. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de accidente: Lo más importante: Acudir a cualquiera de los centros sanitarios concertados de la compañía.

1. El accidentado deberá llenar el parte de siniestro y asegurarse de que lo firma el organizador del evento o el responsable del circuito. Si no puede hacerlo en ese momento, deberá volver al circuito antes de 2 días desde la fecha del siniestro, obtener la firma y enviarlo.

2. Enviar el parte de accidente junto con el parte médico de urgencia del centro sanitario a siniestroscircuitos@riskmediagroup.net y para las posteriores autorizaciones envía la documentación que te pidan a siniestros@saludonnet.com

3. Llamar en un plazo inferior a 48 horas (y siempre que coincida en horario laboral) a la compañía para notificar y dar de alta el siniestro, siguiendo las instrucciones que le den, para dar de alta el siniestro. La compañía se hará cargo de los costes del mismo si no se sigue este protocolo de accidentes, la compañía no se hará cargo de los gastos generados de la asistencia.

No acudir a un hospital o centro sanitario no concertado sin preguntar antes a la compañía.

Sólo en caso de urgencia vital llamar al teléfono de la aseguradora y/o acudir al hospital más cercano.

13. EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERÍODO DE ASISTENCIA MÉDICA.

Mientras el asegurado esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador y hasta que no reciba el alta médica, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

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 **RISKMEDIA INSURANCE BROKERS** Correduría de seguros y reaseguros, S.L.. teléfono..... +34 93 317 26 20

También a través de su e-mail info@riskmediagroup.net

Para consultas y cuestiones administrativas

El **Centro de Atención Telefónica** de Riskmedia..... +34 93 317 26 20

También a través de su web <https://www.riskmediagroup.com>

Asistencia sanitaria cuadro médico

+34 910 307 194

ARTICULO III

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Artº. 1º. INTERÉS ASEGURADO

El cumplimiento de los compromisos del Tomador del seguro con los asegurados, cuando éstos sufren 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: Lloyd's Insurance Company S.A. HAM 5376, 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 10.00.000 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 artículo 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 y traslados de la persona fallecida 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 artículo 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 artículo 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 OSÉO

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 OLFACTORIO

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%.

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

Pérdida o inutilización de Dominante No Dominante 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 posttraumáticas 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".

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.

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 artículo 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 18 meses 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 Hamilton. En caso de accidente cubierto por la póliza, **se deberá contactar con RISKMEDIA en los números de teléfono indicados, 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.

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 Hamilton. **La asistencia sanitaria recibida sin la autorización específica de Hamilton, 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. Hamilton 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, 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 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.

Hamilton 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.

Hamilton 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 18 meses 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 artículo 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 18 meses 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 siempre y cuando haya una autorización médica que así lo indique.

Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el artículo 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 3.005.06 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 a excepción de si se tiene contratada la garantía RACE.

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 Guardias 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.

- Hechos de guerra, terrorismo, motines, revoluciones y terremotos, 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. Los que sean consecuencia directa o indirecta de una radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por rayos láser, láser o ultravioletas, generados artificialmente.

- Siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, cuya cobertura esté reservada al Consorcio de Compensación de Seguros

Artº. 5º. 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, aun 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, 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.

Artº. 6º. 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 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.

Artº. 7º. 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 segurado, en su caso, pagó su prima.

AArtº. 8º. 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. 9º. 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 10.4 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.

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 Lloyd's Insurance Company S.A. HAM 5376 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.
- 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 las 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, RISKMEDIA INSURANCE BROKERS Correduría de seguros y reaseguros, S.L. teléfono +34 93 317 26 20, e-mail info@riskmediagroup.net ,o dirección postal Av. Diagonal, 477, 11º 08036 Barcelona - España.

2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía

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 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.

CLÁUSULA FINAL

El Tomador y/o asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de Lloyd's Insurance Company S.A. HAM 5376 Accidentes Colectivo, que consta de 30 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 artículo VII y artículo 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 artículo 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 BARCELONA 1 Enero 2023.

TÉRMINOS, CONDICIONES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES ADICIONALES

Seguir los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del texto adjunto y los que se aprueben posteriormente.

CONDICIONES ADICIONALES

Es condición previa a la suscripción de esta póliza que la persona asegurada sea considerada apta y saludable al inicio de esta.

Condición de pago de la prima a 60 días. La falta de pago dentro del plazo establecido da derecho al seguro a emitir una notificación de cancelación (por la que la póliza se cancela normalmente 15

días después).

CLÁUSULAS ADICIONALES

LMA5422 Suplemento Ciberriesgos

LSW1001 Aviso de Responsabilidad Civil Diversa

LBS0046C Formulario abreviado de protección de datos - Aviso de privacidad

LBS0081 Cláusula de Notificación de Demanda y Cláusula de Jurisdicción

EXCLUSIONES

LSW1175 (modificado) NCB Exclusión guerra y terrorismo

NMA1270 (modificada) Cláusula de exclusión por contaminación radiactiva

LMA3100 Cláusula de limitación y exclusión de sanciones

REDACCIÓN Y TÉRMINOS, CONDICIONES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES ADICIONALES

CLÁUSULAS ADICIONALES

SUPLEMENTO DE RIESGOS CIBERNÉTICOS (SÓLO ACCIDENTES PERSONALES)

Cualquier prestación por **Daños Corporales** causados por o derivados de un **Acto Cibernético o un Incidente Cibernético** es pagadera, sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta póliza.

Acto Cibernético significa un acto no autorizado, malicioso o criminal o una serie de actos no autorizados, maliciosos o criminales relacionados, independientemente del tiempo y lugar, o la amenaza o engaño de estos que impliquen el acceso, procesamiento, uso u operación de **cualquier Sistema Informático**.

Incidente Cibernético significa

1. cualquier error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados que impliquen el acceso, procesamiento, uso o funcionamiento de cualquier **Sistema Informático**; o
2. cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o una serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales relacionados que afecten al acceso, procesamiento, uso o funcionamiento de cualquier **Sistema Informático**.

Sistema informático significa cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicaciones, dispositivo electrónico (incluyendo, pero no limitado a, teléfono inteligente, ordenador portátil, tableta, dispositivo wearable), servidor, nube o microcontrolador, incluyendo cualquier sistema similar o cualquier configuración de los anteriores e incluyendo cualquier dispositivo asociado de entrada, salida, almacenamiento de datos, equipo de red o instalación de copia de seguridad, propiedad o gestionado por el Asegurado o cualquier otra parte.

LMA5422

28 de febrero de 2020

AVISO DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA

Las obligaciones de los (re)aseguradores suscriptores en virtud de los contratos de (re)seguro que suscriben son solidarias y no mancomunadas y se limitan únicamente a la cuantía de sus suscripciones individuales. Los (re)aseguradores suscriptores no son responsables de la suscripción de ningún (re)asegurador co-suscriptor que, por cualquier motivo, no cumpla con la totalidad o parte de sus obligaciones.

08/94

LSW1001 (Seguros)

CLÁUSULA DE PAGO DE LA PRIMA

No obstante, cualquier disposición en contrario contenida en el presente contrato o en cualquier endoso al mismo, en caso de impago de la prima sólo se aplicará la siguiente cláusula.

El (Re)Asegurado se compromete a pagar íntegramente la prima a (Re)Aseguradores en un plazo de 60 días a partir de la fecha de inicio de este contrato (o, en el caso de primas fraccionadas, a su vencimiento).

Si la prima debida en virtud de este contrato no ha sido pagada a (Re)Aseguradores en el plazo de 60 días desde el inicio de este contrato (y, con respecto a las primas fraccionadas, en la fecha de su vencimiento) (Re)Aseguradores tendrá derecho a cancelar este contrato notificándolo por escrito al (Re)Asegurado a través del corredor. En caso de cancelación, la prima será pagadera a (Re)Aseguradores sobre una base prorrataeada por el período en que (Re)Aseguradores estén en riesgo, pero la prima total del contrato será pagadera a (Re)Aseguradores en caso de siniestro o suceso anterior a la fecha de terminación que dé lugar a una reclamación válida bajo este contrato.

Se acuerda que los (Re)Aseguradores notificarán al (Re)Asegurado, a través del corredor, la rescisión del contrato con una antelación mínima de 15 días. Si la prima debida se paga en su totalidad a (Re)Aseguradores antes de que expire el plazo de preaviso, la notificación de cancelación quedará automáticamente revocada. En caso contrario, el contrato se extinguirá automáticamente al finalizar el plazo de preaviso.

Si cualquier tribunal u órgano administrativo de jurisdicción competente declarara inválida o inaplicable cualquier disposición de la presente cláusula, dicha invalidez o inaplicabilidad se considerará nula.

LSW3001

30/9/08

FORMULARIO ABREVIADO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Su aviso de privacidad

Quiénes somos

Somos Lloyd's Insurance Company S.A. (en adelante "Lloyd's Europa")

una compañía de seguros autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica (NBB) y regulada por la Autoridad de Mercados y Servicios Financieros (FSMA). Su domicilio social se encuentra en Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, piso 14, 1050 Ixelles, Bélgica. Su número de empresa/IVA es BE 0682.594.839, RPR/RPM Bruselas. LIC es una filial propiedad al 100% de la Society of Lloyd's, 1 Lime Street, Londres, EC3M 3HA, Reino Unido (Society of Lloyd's)..

¿QUÉ INFORMACIÓN PERSONAL TRATAMOS SOBRE USTED?

Recogemos y utilizamos información relevante sobre usted para proporcionarle la cobertura de seguro o la cobertura de seguro de la que se beneficia, y para cumplir nuestras obligaciones legales y las obligaciones de otros en la cadena de seguros.

Esta información incluye datos como su nombre, dirección y datos de contacto y cualquier otra información que recopilemos sobre usted en relación con la cobertura del seguro, o la cobertura

de la que se beneficia. Esta información puede incluir categorías especiales de datos personales, como información sobre su salud y cualquier condena penal que pueda tener.

Por qué recopilamos sus datos personales y fundamento jurídico del tratamiento

Recogemos y utilizamos sus datos personales para proporcionarle la cobertura del seguro. La base jurídica es la ejecución del contrato con usted como titular de los datos y el cumplimiento de las obligaciones legales, entre otras las obligaciones en materia de seguros y de legislación fiscal.

Para el tratamiento de datos personales sensibles relativos a la salud, la base jurídica general es el consentimiento, a menos que exista un derecho legal local para hacerlo como base jurídica.

Para el tratamiento de datos personales de menores, la base jurídica es el consentimiento dado o autorizado por el titular de la patria potestad sobre el menor.

Por último, también podemos tratar sus datos personales para la prevención y detección de fraudes con el interés legítimo como base jurídica.

¿CON QUIÉN COMPARTIMOS SUS DATOS PERSONALES?

El funcionamiento de los seguros implica que su información puede ser compartida y utilizada por varios terceros del sector asegurador (dentro y fuera del Espacio Económico Europeo-EEE). Por ejemplo, aseguradoras, agentes de seguros o corredores de seguros, reaseguradoras, peritos, subcontratistas, reguladores, organismos encargados de hacer cumplir la ley, organismos de prevención y detección de fraudes y delitos y bases de datos de seguros obligatorios. Sólo revelaremos su información personal en relación con la cobertura de seguro que se proporciona, y en la medida en que sea necesario o esté permitido por la ley.

De vez en cuando puede que necesitemos compartir su información personal con terceros fuera del EEE y siempre tomaremos medidas para garantizar que cualquier transferencia internacional de información se gestione cuidadosamente para proteger sus derechos e intereses:

- Sólo transferiremos su información personal a países que ofrezcan un nivel adecuado de protección jurídica o cuando tengamos la certeza de que existen disposiciones alternativas para proteger sus derechos de privacidad.
 - Las transferencias a proveedores de servicios y otros terceros siempre estarán protegidas por compromisos contractuales y, en su caso, por garantías adicionales.
 - Compromisos contractuales y, en su caso, garantías adicionales.
 - Cualquier solicitud de información que recibamos de las fuerzas de seguridad o los organismos reguladores se comprobará cuidadosamente antes de revelar la información personal.
- antes de revelar información personal.

CUÁNTO TIEMPO CONSERVAMOS SUS DATOS

No conservamos sus datos personales más tiempo del necesario para ofrecerle el seguro contratado o para cumplir nuestros requisitos legales o reglamentarios.

Eliminaremos o borraremos de forma segura sus datos personales si no existe una razón comercial válida para conservarlos. En circunstancias excepcionales, podemos conservar sus datos personales durante períodos de tiempo más largos si creemos que existe la posibilidad de un litigio, en caso de reclamaciones o si existe otra razón comercial válida por la que los datos serán necesarios en el futuro.

DATOS DE OTRAS PERSONAS QUE USTED NOS FACILITA

Cuando nos facilite (o facilite a su agente o corredor de seguros) datos sobre otras personas, debe asegurarse de que se les facilite este aviso de protección de datos.

RECLAMACIONES, CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS Y CON EL REGULADOR, Y SUS DERECHOS

Si desea saber cómo utilizamos su información o ver una copia de nuestra política de privacidad completa, póngase en contacto con nosotros en LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com o consulte la política de privacidad en el sitio web <https://www.lloydseurope.com>, donde encontrará todos los detalles.

Tiene los siguientes derechos en relación con la información que tenemos sobre usted:

Derecho de acceso, derecho de rectificación, derecho de supresión, derecho a la limitación del tratamiento, derecho a la portabilidad de los datos, derecho de oposición y derecho a retirar el consentimiento.

Si desea ejercer sus derechos, debe ponerse en contacto con el agente o corredor de seguros que contrató su seguro en

Miller Europe SRL (London Branch)

70 Mark Lane

London

EC3R 7NQ

England

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la autoridad competente en materia de protección de datos, pero le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros antes de hacerlo.

CONSENTIMIENTO

Para el tratamiento de datos personales de salud o genéticos, y para el tratamiento de datos personales de menores de 16 años, en relación con la cobertura del seguro, el agente de seguros o el corredor de seguros que haya concertado el contrato le pedirá que obtenga su consentimiento a través del formulario de consentimiento de protección de datos, excepto en los países en los que, para el tratamiento de datos personales de salud sensibles, en el contexto de una póliza de seguros, exista un derecho legal local para hacerlo.

El tratamiento de datos personales de menores será lícito si el consentimiento es dado o autorizado por el titular de la patria potestad sobre el menor.

Los Estados miembros podrán establecer por ley una edad inferior para estos fines, siempre que no sea inferior a 13 años.

Usted es libre de darnos su consentimiento; no obstante, si no lo da o lo retira, ello puede afectar a nuestra capacidad para proporcionarle la cobertura de seguro de la que se beneficia y puede impedirnos proporcionarle cobertura o tramitar sus reclamaciones.

DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tiene alguna pregunta relacionada con la protección de datos que crea que podemos responderle, póngase en contacto con nuestro Responsable de Protección de Datos:

Lloyds Insurance Company S.A.

Bastion Tower

Place du Champ de Mars 5

1050 Bruxelles

Belgium

Email: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

LBS0046D

17/03/2023

NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES - ESPAÑA (FOS)

Cualquier reclamación debe dirigirse a

Jefe de Servicio

Equipo de Operaciones

Lloyd's Insurance Company S.A.

Torre Bastión

Marsveldplein 5

1050 Bruselas

Bélgica

Tel: +32 (0)2 227 39 40

Correo electrónico: lloydseurope.complaints@lloyds.com

Se acusará recibo de su reclamación, por escrito, en un plazo de 5 (cinco) días laborables a partir de la presentación de esta.

Se le comunicará por escrito una decisión sobre su reclamación en un plazo de 2 (dos) meses a partir de la presentación de esta.

Si sigue insatisfecho con la respuesta definitiva o si no ha recibido una respuesta definitiva en el plazo de 2 (dos) meses desde la presentación de la reclamación, podrá someter voluntariamente un conflicto a arbitraje de conformidad con los términos de la Ley española de Defensa de los Consumidores y Usuarios y la legislación subordinada relacionada, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley de Arbitraje en caso de que las partes sometan cualquier conflicto a la decisión de uno o más árbitros.

Puede presentar su reclamación ante la Dirección General de Seguros de España. Los datos de contacto son los siguientes

Dirección General de Seguros

Pº Castellana, 44

28046 Madrid

España

Tel: 952 24 99 82

Website:

www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/ProteccionAsegurado/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx

Si ha comprado su contrato en línea, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (RLL) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

Puede interponer una acción judicial ante el Tribunal de Primera Instancia correspondiente a su domicilio en virtud del artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro. Las modalidades de tramitación de reclamaciones mencionadas anteriormente se entienden sin perjuicio de su derecho a iniciar una acción judicial o un procedimiento alternativo de resolución de litigios de conformidad con sus derechos contractuales.

LBS0034B

28/01/2022

LSW1001 (08/94)

EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO NUCLEAR / QUÍMICO / BIOLÓGICO

Queda acordado que, independientemente de cualquier causa contribuyente, este seguro no cubre ningún siniestro causado o contribuido por un acto de guerra o terrorismo que implique el uso o la liberación o amenaza de uso de cualquier arma o dispositivo nuclear o agente químico o biológico.

A efectos de esta exclusión, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo, pero no limitado al uso de la fuerza o la violencia y/o la amenaza de la misma, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea actuando solo o en nombre de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con fines o razones políticas, religiosas, ideológicas o similares, incluyendo la intención de influir en cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o a cualquier sector del público.

Si los Aseguradores alegan que por razón de esta exclusión cualquier reclamación no está cubierta por este seguro, la carga de probar lo contrario recaerá sobre el Asegurado.

Todos los demás términos y condiciones permanecen inalterados.

LSW 1175 (modificado), (Accidente/Salud)

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN POR CONTAMINACIÓN RADIACTIVA

Esta Póliza no cubre

(a) la pérdida, destrucción o daño de cualquier propiedad o cualquier pérdida o gasto resultante o derivado de ello o cualquier pérdida consecuencial

(b) cualquier responsabilidad legal de cualquier naturaleza causada directa o indirectamente por radiaciones ionizantes o contaminación por radiactividad procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear procedente de la combustión de combustible nuclear, o que contribuya a ello o se derive de ello.

MA1270, 03/12/1959