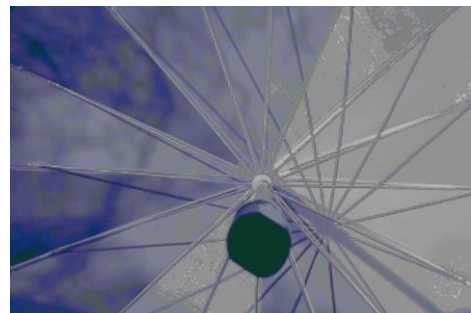


accidentes innominados reale

Condiciones generales y particulares



ÍNDICE

- Datos identificativos
- Qué garantías he contratado
- Cláusula preliminar
- Objeto del seguro
- Definiciones útiles de la póliza
- Definiciones específicas del seguro de accidentes
- Exclusiones generales
- Detalle de las garantías contratadas
- Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros
- Baremo para la valoración y evaluación de la prestación de invalidez
- Normas para la aplicación del baremo de invalidez
- Perfección, efecto y duración del seguro
- Bases del contrato
- La prima del seguro
- Qué hacer en caso de siniestro
- La indemnización
- Actualización de capitales y primas
- Resolución de quejas y reclamaciones
- Estado miembro y autoridad de control
- Firma y constancia de la recepción de la información

CENTRO REALE / 602

INGOOD

Príncipe de Vergara, 125

28002 MADRID

Fax: 91.454.89.62

ayuda@ingood.es

MEDIADOR / 044777 /

AON IBERIA CORREDURÍA DE SEGUROS Y REAS

CL ROSARIO PINO (EDF. TORRE RIOJA), 14-16

28020 MADRID

Fax: 914475177

amisadmon@aon.es

TELÉFONOS DE CONTACTO DE REALE**Asistencia en el Extranjero****34 91 393 90 30****Servicio de Atención al Cliente**

C/Príncipe de Vergara, 125

Madrid 28015

atencion.cliente@reale.es**900 299 703****(De lunes a viernes de 9 a 18 horas - sábados de 9 a 14 horas)**

Nº POLIZA/SPTO. 1072600000181 / 0**ASEGURADOR****REALE SEGUROS GENERALES, S.A.**

PRINCIPE DE VERGARA, 125, 28002 MADRID

TOMADOR**FEDERACION CANARIA DE HOCKEY (FCANH)**

CIF B35328756

CL LEON Y CASTILLO, 26-28 -3 OFICINA 17

35003 LAS PALMAS

LAS PALMAS

Tfno: 928373991

adm.fcanh@gmail.com

EFFECTO DEL SEGURO, DURACIÓN Y FORMA DE PAGO**Efecto:** 0 h. del 01/08/2026**Duración del Seguro:** ANUAL RENOVABLE**Vencimiento:** 0 h. del 01/08/2027**Forma de Pago:** TRIMESTRAL**IMPORTE DEL RECIBO Y MÉTODO DE PAGO**

Importe del Recibo	Periodo		Prima	Consortio	D.G.S.	Impuestos	Total
Inicial	Del 01-08-2026	al 01-11-2026	4.374,75	11,09	28,95	806,45	5.221,24 €
Sucesivos			4.408,59	0,00	0,00	812,66	5.221,25 €
Anual							20.884,99 €
Domicilio de Pago: CARTA RECIBO							

Los importes que aparecen a continuación corresponden al periodo indicado como "Efecto del Seguro" en estas Condiciones Particulares. En caso de duración "Anual Renovable o Temporal Renovable" se comunicarán, con la antelación debida, las primas correspondientes al periodo de renovación.

■ ¿QUÉ GARANTÍAS HE CONTRATADO?

GARANTÍAS

- Muerte por Accidente
- Invalidez Permanente Absoluta o Parcial por Accidente
- Asistencia Sanitaria

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

- Cobertura del Consorcio Compensación de Seguros

CLÁUSULA PRELIMINAR

La presente póliza está sometida a la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, al Real Decreto Legislativo 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y a su Reglamento de Desarrollo, así como a cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir.

OBJETO DEL SEGURO

Se entiende por ACCIDENTE la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Por este contrato quedan garantizados los ACCIDENTES (*) ocurridos durante la vigencia de la póliza y como consecuencia de:

- LA ACTIVIDAD EXTRAPROFESIONAL, incluidas las actividades sociales no remuneradas y la práctica, COMO AFICIONADO, de deportes no expresamente excluidos en la póliza.
- El uso como CONDUCTOR O PASAJERO DE VEHÍCULOS terrestres a motor, medios públicos de transporte terrestres y marítimos, embarcaciones, bicicletas y animales, incluidos los accidentes ocurridos al ascender y descender del medio de transporte utilizado.
- El uso como PASAJERO DE AERONAVES autorizadas para el transporte público de 10 o más pasajeros, en línea regular o vuelo "chárter", incluidos los accidentes ocurridos al ascender a la aeronave o al descender de ella.

(*) Se encuentran también incluidos dentro de la definición de accidente:

- La asfixia a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente.
- Las lesiones producidas en legítima defensa o en el salvamento de personas o bienes.
- Las lesiones o muerte a consecuencia de la caída del rayo.
- Las lesiones a consecuencia de una intervención quirúrgica o de un tratamiento médico motivados por un accidente cubierto por la póliza.

DEFINICIONES ÚTILES DE LA PÓLIZA

El ASEGURADO es la persona sobre la que se establece el seguro y que figura designada nominativamente en la presente póliza.

Se denomina BENEFICIARIO a la persona, física o jurídica, a quien corresponde percibir las indemnizaciones previstas en el contrato. Salvo indicación expresa en la póliza, y excepto para el caso de Muerte en el que el Beneficiario será el indicado en las Condiciones Particulares, se considerará Beneficiario al Asegurado.

Se entiende por CAPITAL o SUMA ASEGURADA la cantidad establecida para cada una de las garantías y que representa el límite máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro.

El CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS es un organismo al servicio del sector asegurador español, plenamente integrado en el mismo, y que cuenta con una dilatada experiencia en el ámbito de las actividades que desarrolla.

Las actividades del Consorcio se enmarcan en las funciones aseguradoras y no aseguradoras que tiene legalmente encomendadas. Respecto de las primeras cabe destacar su carácter subsidiario, siendo su actuación, por lo general, la de un asegurador directo, en defecto de participación del mercado privado, y también la propia de un Fondo de Garantía, cuando se dan determinadas circunstancias de falta de seguro, insolvencia del asegurador, etc.

Se denomina BAREMO a la tabla que establece los supuestos de invalidez y el porcentaje de la suma asegurada que corresponde en cada caso.

Se denomina FRANQUICIA a la cantidad expresamente pactada cuyo importe se deducirá de la indemnización que corresponda en cada accidente o al porcentaje de invalidez permanente por el que REALE no debe indemnización alguna.

Se denomina PERIODO DE CARENIA al plazo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, durante el cual no entra en vigor alguna de las coberturas de la póliza.

Se llama PÓLIZA al conjunto de documentos que contienen las condiciones del contrato de seguro: generales, particulares, especiales y suplementos que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del seguro.

Se llama PRIMA al precio del seguro que incluye los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

DEFINICIONES ESPECÍFICAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES

Se entiende por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

Se entiende por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

La GRAN INVALIDEZ es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Si se hubiera indemnizado por una incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes o por unas secuelas permanentes, derivadas de un accidente o accidente de circulación cubierto por la póliza, y a resultas de este el Asegurado sufriera una incapacidad de grado superior a la indemnizada, el Asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre lo abonado y la Indemnización que pudiera corresponderle derivada de dicha agravación.

Si la indemnización fuera superior, el Asegurado queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días.



**REALE
SEGUROS**

accidentes innominados reale

Condiciones generales y particulares

La determinación de la Invalidez Permanente es independiente de la profesión o actividad previa del Asegurado.

Las indemnizaciones abonadas por la Cobertura de Invalidez Permanente no serán acumulables entre sí, por lo que en caso de haber abonado indemnización por una invalidez permanente que luego deviene en invalidez de grado superior, se deducirán las indemnizaciones abonadas en la Invalidez de Grado inferior a la finalmente padecida por el Asegurado.

EXCLUSIONES GENERALES

- Los siniestros sufridos por el Asegurado y derivados de actos que pudiesen ser tipificados como delito o tentativa del mismo, carreras o apuestas, desafíos o riñas en que participe activamente el Asegurado, salvo que el Asegurado, en el caso de riña, hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Los siniestros que sobrevengan al Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez, o bajo la influencia de drogas, tóxicos o estupefacientes no prescritos médicamente. A tal efecto se considera que existe embriaguez cuando el grado de alcoholemia, según los medios de determinación o medición en la Legislación Española en vigor en cada momento, sea superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.
- Las consecuencias de un accidente o enfermedad del Asegurado originados con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza. Se entiende por enfermedad preexistente, toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médica o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.
- Los siniestros que sean consecuencia de la práctica o de entrenamientos de cualquier deporte, con carácter profesional, por parte del Asegurado.
- Las hernias, lumbagos, ciáticas, algias, esfuerzos, distensiones, efectos del reumatismo y desgarros musculares que no tengan origen traumático.
- Los siniestros que sean consecuencia de la práctica del boxeo o de cualquier tipo de lucha deportiva por parte del Asegurado, aunque no sea con carácter profesional.
- Los derivados de la práctica por el Asegurado, sea como profesional o aficionado, de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo, motonáutica, surf en competición, alpinismo, escalada, descenso de barrancos, rafting y puenting.
- Los siniestros que sufra el Asegurado como consecuencia de su participación en la celebración de encierros de reses bravas, becerradas, capeas o cualquier otro espectáculo taurino.
- Los siniestros ocasionados por accidentes de vuelo sufridos por el Asegurado, sea o no con carácter profesional, en cualquier aparato de navegación aérea o marítima no autorizado para el transporte público de viajeros o en cualquier avioneta, helicóptero, aerotaxi o aviones de capacidad inferior a 10 pasajeros, así como los siniestros sufridos por el Asegurado practicando, sea o no con carácter profesional, ala delta, paracaidismo, ultraligeros, parapente o cualquier otro deporte aéreo.
- Los siniestros sufridos por el Asegurado consecuencia de alteraciones políticas o sociales, entendiendo como tales las huelgas, los actos vandálicos, las sediciones militares, los saqueos, y las rebeliones contra cualquiera de los órganos constitucionales de cualquier país del mundo.
- Los siniestros provocados por el manejo y/o utilización, por parte del Asegurado, de cualquier tipo de explosivo o de cualquier arma, sea o no de fuego.
- Los siniestros sufridos por el Asegurado y provocados intencionadamente por él, y los siniestros sufridos por el Asegurado como consecuencia de su estado de inconsciencia o enajenación mental, originados por cualquier causa. No estará cubierto el suicidio ni las tentativas de suicidio.
- Los accidentes sufridos por el Asegurado cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.

Condiciones generales y particulares

- Los siniestros o daños directa o indirectamente ocasionados por o en consecuencia de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones de carácter bélico (exista o no guerra declarada), guerra civil, amotinamiento, conmoción civil que tome las proporciones de sublevación popular, huelga, cierre patronal, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, usurpación de poder, ley o saqueo marcial o pillaje o saqueo en cualquiera de estas circunstancias, confiscación o nacionalización o requisición o destrucción o daño a propiedad por o por la orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, o cualquier hecho o circunstancia inherente a cualquiera de lo anterior.
- Los siniestros o daños ocasionados directa o indirectamente causados por, resultantes de, o en relación con cualquier acto de terrorismo, sin que importe que cualquier otra causa o evento haya contribuido en forma concurrente o en cualquier secuencia a la producción del siniestro. Con relación al objeto de la presente exclusión, queda especialmente convenido que el término "acto de terrorismo" significa toda acción, implique o no el uso de fuerza o violencia, amenaza o preparación de actos, por parte de cualquier persona o grupos de personas, actuando individualmente o en conexión con cualquier organización o gobierno, que tenga o parezca tener por objeto intimidar o influenciar a gobiernos de iure o de facto, o a la población en general o a parte de ella, o alterar el funcionamiento de algún sector de la economía o por su naturaleza o por las circunstancias en las cuales se realiza, sea motivada por causas o fines políticos, sociales, religiosos, ideológicos o similares. Igualmente se excluyen las pérdidas o daños, costas y/o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultantes de, o en relación con cualquier acción realizada para controlar, prevenir, suprimir cualquier actividad terrorista, o de alguna manera relacionada con la misma.
- Los siniestros o daños resultantes directa o indirectamente de la fisión o de la fusión nuclear o de la radioactividad.
- Los siniestros causados por industrias químicas u otras, que utilicen materias tóxicas, explosivas o corrosivas.
- Trabajos de Construcción o Extracción realizados bajo tierra, bajo o sobre el agua. Sólo se considerarán excluidos cuando estos trabajos sean realizados de manera continuada, es decir, cuando el Asegurado o Asegurados se dediquen principalmente a realizar este tipo de trabajos
- Las lesiones que sean consecuencia de una intervención quirúrgica o de un tratamiento médico que no sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.

GARANTÍA DE MUERTE POR ACCIDENTE**¿Qué se cubre?**

· Se indemnizará a los Beneficiarios el capital asegurado cuando, como consecuencia de un accidente cubierto en la póliza, se produzca la muerte del Asegurado, inmediatamente o en el plazo de cinco años desde la ocurrencia del mencionado accidente por evolución de las lesiones sufridas en él.

· Cuando se produzca la muerte del Asegurado con posterioridad al haber hecho efectiva REALE SEGUROS GENERALES, S.A. una indemnización por Invalidez Permanente, ésta deberá únicamente abonar la diferencia entre la misma y el capital asegurado para Muerte si este capital fuese superior.

Esta garantía se extiende al territorio español y al resto del mundo.

¿Qué no se cubre?

Además de las exclusiones generales recogidas en las páginas 7 y 8 de esta póliza, son de aplicación para esta garantía las siguientes exclusiones:

· **Las siguientes enfermedades del Asegurado, de origen vascular: Infarto de miocardio, trombosis, infarto o hemorragias de cualquier área del sistema nervioso central y embolia pulmonar.**

El límite máximo de Sumas Aseguradas por un mismo siniestro es de 6 millones de euros. Si las Sumas Aseguradas en un siniestro superaran dicha cantidad se reducirían proporcionalmente hasta dicho límite.

Capitales asegurados

Según relación de asegurados.

Para los menores de 14 años el capital asegurado se limita a 6.000 euros en concepto de gastos de sepelio.

Franquicias, carencias, límites temporales**LÍMITES TEMPORALES**

La Garantía de muerte por accidente se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

GARANTÍA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA O PARCIAL POR ACCIDENTE**¿Qué se cubre?**

La Invalidez Permanente Absoluta o Parcial del Asegurado POR ACCIDENTE, cuando se produzca de forma inmediata o dentro del plazo de los cinco años siguientes a la ocurrencia del accidente:

· Invalidez Permanente Absoluta. Según el baremo elegido, se abonará el 100%, el 225% o el 350% del capital asegurado cuando el asegurado sufra:

- Enajenación mental completa e incurable o
- Ceguera de ambos ojos, total e incurable o
- Sordera de ambos oídos, total e incurable, sin posibilidad de prótesis o
- Pérdida anatómica de ambas manos o de ambos pies, o la pérdida de una mano y un pie como consecuencia del mismo accidente o
- Apoplejía, hemiplejía, paraplejía y tetraplejía o
- Cualquier otra lesión consecutiva del traumatismo que determine Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo, con independencia de la profesión del Asegurado.

· Invalidez Permanente Parcial. Se indemnizará al asegurado siguiendo el Baremo Normal.

Esta garantía se extiende al territorio español y al resto del mundo.

¿Qué no se cubre?

Además de las exclusiones generales recogidas en las páginas 7 y 8 de esta póliza, son de aplicación para esta garantía las siguientes exclusiones:

· **Las siguientes enfermedades del Asegurado, de origen vascular: Infarto de miocardio, trombosis, infarto o hemorragias de cualquier área del sistema nervioso central y embolia pulmonar.**

La calificación de invalidez efectuada por las Juntas de Valoración en Accidentes de Trabajo no tendrá aplicación en esta garantía.

El límite máximo de Sumas Aseguradas por un mismo siniestro es de 6 millones de euros. Si las Sumas Aseguradas en un siniestro superaran dicha cantidad se reducirían proporcionalmente hasta dicho límite.

Capitales asegurados

Según relación de asegurados.

Franquicias, carencias, límites temporales**LÍMITES TEMPORALES**

La Garantía de invalidez permanente absoluta o parcial por accidente (baremo según relación) se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA**¿Qué se cubre?**

· REALE SEGUROS GENERALES, S.A. asumirá los gastos de asistencia médica, farmacéutica y de hospitalización que, como consecuencia de un accidente garantizado por esta póliza precise el Asegurado hasta su total restablecimiento y DURANTE EL PLAZO MÁXIMO DE UN AÑO. REALE SEGUROS GENERALES, S.A. asumirá los gastos:

a) Con o sin límite cuando se preste por facultativos y/o centros designados por REALE SEGUROS GENERALES, S.A.

b) Hasta el límite indicado cuando lo presten facultativos y/o centros de libre elección del Asegurado.

· En esta garantía se incluyen:

a) Los gastos de carácter urgente como consecuencia del traslado del Asegurado hasta el centro sanitario donde pueda recibir la primera atención médica.

b) Los honorarios médicos, los gastos por intervenciones quirúrgicas, los gastos de hospitalización y farmacéuticos.

c) Los gastos de un acompañante, debidamente justificados, siempre que el estado del Asegurado exija su hospitalización por un periodo superior a setenta y dos horas, con un límite diario de 30 € y por un periodo máximo, continuado e improrrogable, de treinta días.

d) Los gastos de transporte por ambulancia o cualquier otro medio justificado por el estado del Asegurado, excepto aviones sanitarios, cuando el Asegurado pueda o solicite continuar el tratamiento en la localidad de su domicilio, si el accidente ocurrió en una distinta o, en otro caso, tenga que recibir asistencia en una población distinta a la de su residencia habitual, con límite del 25% de la suma indicada para esta garantía.

e) Los costes de la primera prótesis auditiva, visual o dental que precise el Asegurado como consecuencia del accidente sufrido, con el límite máximo del 20% de la suma indicada para esta garantía y un máximo de 600 €.

f) Los gastos de búsqueda y salvamento del Asegurado desaparecido o en peligro como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, con límite del 10% del capital asegurado para la garantía de Invalidez Permanente Establecida en Baremo o Muerte, en su defecto, y en todo caso, con el límite máximo por persona y siniestro de 6.000 euros.

Esta garantía se extiende a todo el territorio español. Ante la producción de un hecho que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, es imprescindible que el Asegurado solicite, desde la Producción del evento, la intervención de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. en el siguiente teléfono en servicio permanente 24 horas: 900 299 703

Capitales asegurados

Según relación de asegurados.

¿Qué no se cubre?**Franquicias, carencias, límites temporales****LÍMITES TEMPORALES**

La Garantía de asistencia sanitaria se extinguirá necesariamente al final de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

CLAÚSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS**COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 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.

RESUMEN DE NORMAS LEGALES**1.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos**

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por 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 aquéllos 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 artículo 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 éstos 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 del Contrato del 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 "catástrofe o calamidad nacional".

3.- Extensión de la Cobertura

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

2. 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.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. 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 gestionará el seguro.

2. 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 ó 952 367 042)

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

3. 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.

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

BAREMO PARA LA VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE INVALIDEZ

· BAREMO NORMAL PARA LA INVALIDEZ

Este baremo fija las situaciones de invalidez cubiertas y el porcentaje sobre el capital asegurado que determina la prestación correspondiente.

	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total de movimiento del hombro	30%	20%
Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%
Amputación del brazo desde la articulación del húmero	70%	60%
Amputación del brazo a nivel del codo o por encima de éste	65%	55%
Amputación del brazo por debajo del codo	60%	50%
Amputación de la mano al nivel de la muñeca o por debajo de ésta	55%	45%
Amputación del pulgar y del índice	40%	30%
Amputación de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25%	20%
Amputación de tres dedos incluido el pulgar o el índice	35%	30%
Amputación del pulgar y otro dedo que no sea el índice	30%	25%
Amputación del índice y otro dedo que no sea el pulgar	25%	20%
Amputación del pulgar	22%	18%
Amputación del índice	15%	12%
Amputación del medio, el anular o el meñique	10%	8%
Amputación de dos dedos entre el medio, el anular y el meñique	15%	12%
Pérdida total de movimiento de una cadera	20%	20%
Amputación de una pierna por encima de la rodilla	60%	60%
Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla	55%	55%
Amputación de un pie	50%	50%
Amputación parcial de un pie conservando el talón	20%	20%
Amputación del dedo gordo de un pie	10%	10%
Amputación de cualquier otro dedo del pie	5%	5%
Acortamiento de un miembro inferior, 5 cm. o más	5%	5%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40%	40%
Fractura no consolidada de una rótula	20%	20%
Pérdida total del movimiento de una rodilla	20%	20%
Pérdida total del movimiento de un tobillo	15%	15%
Epilepsia en grado máximo	60%	60%
Pérdida de un ojo o de su visión, si se ha perdido con anterioridad el otro	70%	70%
Pérdida de un ojo conservando el otro, disminución a la mitad de la visión binocular	30%	30%
Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad	30%	30%
Sordera total de un oído	10%	10%
Pérdida total de gusto o del olfato	5%	5%
Pérdida total de la fonación	25%	25%
Ablación de la mandíbula inferior	30%	30%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%	15%
Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna	3% por cada vértebra afectada con máximo del 20%	3% por cada vértebra afectada con máximo del 20%
Pérdida de un pulmón o reducción a la mitad de la capacidad pulmonar	20%	20%

BAREMO PARA LA VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE INVALIDEZ (continuación)

· TABLA DE EQUIVALENCIAS DEL GRADO DE INVALIDEZ PARA BAREMO DEL 225% Y 350%

En el caso de la contratación de la Invalidez Permanente Absoluta con aplicación del Baremo progresivo del 225% ó del 350%, el porcentaje de indemnización fijado en el Baremo Normal se transformará en el que resulte de la siguiente tabla de equivalencias:

GRADO DE INVALIDEZ	BAREMO 225%	BAREMO 350%	GRADO DE INVALIDEZ	BAREMO 225%	BAREMO 350%	GRADO DE INVALIDEZ	BAREMO 225%	BAREMO 350%
26 %	27 %	28 %	51 %	78 %	105 %	76 %	153 %	230 %
27 %	29 %	31 %	52 %	81 %	110 %	77 %	156 %	235 %
28 %	31 %	34 %	53 %	84 %	115 %	78 %	159 %	240 %
29 %	33 %	37 %	54 %	87 %	120 %	79 %	162 %	245 %
30 %	35 %	40 %	55 %	90 %	125 %	80 %	165 %	250 %
31 %	37 %	43 %	56 %	93 %	130 %	81 %	168 %	255 %
32 %	39 %	46 %	57 %	96 %	135 %	82 %	171 %	260 %
33 %	41 %	49 %	58 %	99 %	140 %	83 %	174 %	265 %
34 %	43 %	52 %	59 %	102 %	145 %	84 %	177 %	270 %
35 %	45 %	55 %	60 %	105 %	150 %	85 %	180 %	275 %
36 %	47 %	58 %	61 %	108 %	155 %	86 %	183 %	280 %
37 %	49 %	61 %	62 %	111 %	160 %	87 %	186 %	285 %
38 %	51 %	64 %	63 %	114 %	165 %	88 %	189 %	290 %
39 %	53 %	67 %	64 %	117 %	170 %	89 %	192 %	295 %
40 %	55 %	70 %	65 %	120 %	175 %	90 %	195 %	300 %
41 %	57 %	73 %	66 %	123 %	180 %	91 %	198 %	305 %
42 %	59 %	76 %	67 %	126 %	185 %	92 %	201 %	310 %
43 %	61 %	79 %	68 %	129 %	190 %	93 %	204 %	315 %
44 %	63 %	82 %	69 %	132 %	195 %	94 %	207 %	320 %
45 %	65 %	85 %	70 %	135 %	200 %	95 %	210 %	325 %
46 %	67 %	88 %	71 %	138 %	205 %	96 %	213 %	330 %
47 %	69 %	91 %	72 %	141 %	210 %	97 %	216 %	335 %
48 %	71 %	94 %	73 %	144 %	215 %	98 %	219 %	340 %
49 %	73 %	97 %	74 %	147 %	220 %	99 %	222 %	345 %
50 %	75 %	100 %	75 %	150 %	225 %	100 %	225 %	350 %

NORMAS PARA LA APLICACIÓN DEL BAREMO DE INVALIDEZ

- I. La indemnización se fijará con total independencia de la edad y la profesión del Asegurado; en consecuencia, no puede alegarse agravación de la invalidez en base a su edad y su profesión.
- II. Cuando existan lesiones invalidantes no previstas en la tabla precedente, el grado de invalidez se determinará por analogía con los porcentajes señalados para casos de similar gravedad.
- III. Cuando el Asegurado resulte con lesiones incluidas en diversos grupos, la indemnización será igual a la suma de los respectivos porcentajes, con el límite del capital fijado para la Invalidez Permanente Absoluta, teniendo en cuenta que la indemnización por pérdida parcial se calculará reduciendo proporcionalmente la que corresponde por pérdida total o funcional.
- IV. Si al ocurrir un accidente el Asegurado presentaba ya una pérdida anatómica o funcional, al fijar la indemnización se deducirá de ésta el valor que corresponda a aquélla, de acuerdo con lo especificado en los apartados precedentes.
- V. Si el Asegurado fuese zurdo y así constase en las Condiciones Particulares, las indemnizaciones correspondientes a la mano derecha lo serían para la izquierda y viceversa.
- VI. El grado de invalidez, a los efectos de la indemnización definitiva, se establecerá por REALE SEGUROS GENERALES, S.A. cuando el estado físico del Asegurado sea reconocido médicamente como definitivo y éste presente el correspondiente certificado médico de incapacidad. Si transcurridos dos años desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. un nuevo plazo de hasta un año más, transcurrido el cual REALE SEGUROS GENERALES, S.A. habrá de fijar la invalidez en función a la que se estime que será definitiva.
- VII. En el caso de que la Invalidez Permanente deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. pagará el importe de la primera prótesis que se le practique al Asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para el caso de invalidez y como máximo 1.800 €.

PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

¿Cómo se perfecciona?

Este Contrato se perfecciona por el consentimiento dado por las partes mediante la firma de la PÓLIZA.

¿Cuándo comienza?

Las garantías de este contrato entran en vigor, en el día y hora indicado en la póliza, una vez haya sido perfeccionado el contrato, siempre y cuando haya sido pagado el primer recibo de prima.

¿Qué sucede si hay demora en el pago de la prima?

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. comienzan a las 0 horas del día siguiente en el que se haya producido el pago.

¿Cuánto dura el contrato de seguro?

La duración del Contrato es la indicada en la presente PÓLIZA.

¿Puede prorrogarse la PÓLIZA?

Sí, a la finalización de esta. Salvo pacto en contrario, la póliza se entenderá prorrogada automáticamente, por el plazo de otro año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad en el caso de pólizas con temporalidad anual con posibilidad de renovación.

Para aquellas pólizas temporales de duración distinta a la del año, se considerarán pólizas a término sin posibilidad de renovación.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

BASES DEL CONTRATO

El contrato se celebra sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro y que motivan la aceptación del riesgo por parte de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. En todo caso, antes de la celebración del contrato de seguro, el Tomador ha declarado a REALE SEGUROS GENERALES, S.A., de conformidad con el cuestionario incluido en la presente póliza, todas las circunstancias por él conocidas y que puedan influir en la valoración del riesgo por parte de REALE SEGUROS GENERALES, S.A.

Si el contenido de la presente póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

El Tomador o Asegurado deberán comunicar a REALE SEGUROS GENERALES, S.A., durante el curso del contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario antes previsto que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por REALE SEGUROS GENERALES, S.A. en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. No obstante, el Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar las variaciones de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado en el plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la primera convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

LA PRIMA DEL SEGURO

¿Cuándo debe pagarse?

El pago de la primera PRIMA se efectuará a la perfección del Contrato (firma del Contrato por todas las partes), y las sucesivas a sus respectivos vencimientos.

¿Dónde se paga?

El pago de la prima se hará a través de domiciliación bancaria con cargo a la cuenta que a estos efectos se indica en la póliza o a través de su mediador interviniente en la póliza.

¿Qué ocurre en caso de falta de pago?

Si por culpa del Tomador del seguro no se paga la primera prima, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá resolver el contrato.

Si la primera prima no se hubiera pagado y ocurre el siniestro, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. quedará liberada de su obligación.

¿Hay plazo para pagar la PRIMA de las renovaciones tácitas anuales?

Sí, la PRIMA de la renovación se pagará el día de su vencimiento.

En caso de falta de pago de una de las sucesivas primas, la cobertura de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. quedará suspendida un (1) mes después del día de su vencimiento.

REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá reclamar el pago de la prima dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la misma. En caso de que esta reclamación no se produzca en ese plazo, el contrato queda extinguido.

En caso de que se produzca el pago de la prima dentro del mes siguiente a su vencimiento, la cobertura de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. volverá a tener efecto a las 0 horas del día siguiente a aquél en el que se realice el pago.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a REALE SEGUROS GENERALES, S.A. el acaecimiento del siniestro dentro del plazo MÁXIMO DE SIETE DÍAS DE HABERLO CONOCIDO.

En caso de incumplimiento de esta obligación, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta o retraso de la notificación en ese plazo.

Especial importancia tiene la fecha en la que se declare un siniestro que afecte a la garantía de Incapacidad Temporal, tanto por accidente como por enfermedad, ya que según se indica en la descripción de las garantías, dicha fecha servirá de base para fijar el inicio del derecho a percibir la indemnización.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán facilitar a REALE SEGUROS GENERALES, S.A. toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, pudiendo perderse el derecho a la indemnización en caso de violación de este deber si concurre dolo o culpa grave.

¿Qué documentos son necesarios en caso de Muerte?

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las causas y circunstancias del fallecimiento.
- Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- Copia de la Liquidación parcial a cuenta o de la Autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, con nota estampada en el mismo acreditativa del ingreso efectuado o de la exención o no sujeción al tributo.
- Certificado del Registro de Actos de Última Voluntad, y si existiera testamento, certificación de albacea respecto a si en el mismo se designan Beneficiarios del seguro. En el caso de sucesión intestada, será necesario, además, la declaración judicial de herederos legales.

¿Qué documentos son necesarios en caso de Invalidez Permanente?

- Certificados médicos que aporte el Tomador del seguro o el Asegurado, especificando el comienzo, la causa, naturaleza y consecuencias de esta.
- Certificación del IMSERSO o del Organismo Público que en la Comunidad Autónoma respectiva tenga asumidas las competencias, recogiendo el grado de minusvalía a los efectos de establecer la oportuna retención fiscal.
- En caso de Gastos de Acondicionamiento de la Vivienda o del Automóvil, deberán presentarse facturas originales de las reformas necesarias a realizar.
- En caso de Cirugía Estética, certificación médica de haberse practicado la intervención quirúrgica, indicando la naturaleza de esta.

¿Cómo se determina el Grado de Invalidez?

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad a REALE SEGUROS GENERALES, S.A. y basado en el Baremo. REALE SEGUROS GENERALES,

S.A. notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y del baremo pactado en la póliza.

Si el Asegurado no aceptase la proposición de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo determinado en los artículos 38 y 104 de la Ley de Contrato de Seguro.

¿Cómo se justifica la Incapacidad Temporal? Normas de actuación.

REALE SEGUROS GENERALES, S.A. pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 84 y siguientes de la Ley 50/1980, la prestación garantizada.

El Beneficiario deberá remitir a REALE SEGUROS GENERALES, S.A. los documentos acreditativos, que serán:

- Informe médico completo que refleje el estado de salud del Asegurado, sobre el cual fijará la indemnización de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de este contrato.
- Documentación que acredite la personalidad del Beneficiario.
- Documentación original de la póliza, suplementos de revalorización, apéndices y último recibo de prima satisfecho.
- Documentos que a juicio de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. fueran necesarios para acreditar el derecho al cobro de la prestación garantizada.

REALE SEGUROS GENERALES, S.A. se reserva el derecho de solicitar al Asegurado que se someta al estudio médico que se considere oportuno, en orden a la determinación del siniestro, así como el de realizar las consultas médicas que estime convenientes a los médicos que atienden o han atendido al Asegurado.

¿Cómo se justifica la Asistencia Sanitaria y la Hospitalización?

La Asistencia Sanitaria, y los días de Hospitalización sufridos, se justificarán mediante el recibo y la cuenta detallada de las prestaciones facultativas que hubiesen realizado los centros sanitarios.

¿Qué documentación se necesita en caso de Desembolsos por Hechos Accidentales?

Justificantes de ocurrencia del hecho aportados por las Autoridades competentes y en el caso de haber incurrido en daños o gastos, justificantes de estos.

Otra documentación

REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá solicitar, cuando lo estime necesario, la presentación del correspondiente certificado de nacimiento que acredite la edad del Asegurado, o de cualquier otro documento que razonablemente pueda servir para la determinación de la indemnización.

LA INDEMNIZACIÓN

REALE SEGUROS GENERALES, S.A., previa recepción de los anteriores justificantes, incluidos los referentes al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones u otra legislación fiscal vigente y aplicable a la misma, en su caso, está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por REALE SEGUROS GENERALES, S.A. conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. no hubiese cumplido su prestación o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber, dentro de los cuarenta días de la recepción de la declaración del siniestro, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un 50%. Estos intereses se considerarán producidos por días. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

No habrá lugar a indemnización por mora de REALE SEGUROS GENERALES, S.A. cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le sea imputable.

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. se libera del cumplimiento de sus obligaciones.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, será nula la designación hecha a su favor. La indemnización en este caso corresponderá al Tomador del seguro o, en su caso, a los herederos de éste.

Cuando REALE SEGUROS GENERALES, S.A. decida rechazar un siniestro, con base en la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador del seguro y/o Asegurado, en un plazo de diez días a contar desde que hubiese tenido conocimiento de la causa que fundamente el rechazo, expresando los motivos de este.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá repetir del Asegurado las sumas satisfechas.

El límite máximo de las sumas aseguradas en un mismo siniestro es de 9 millones de euros cuales quiera que sea el número de personas o de pólizas que resulten afectadas.

Si el conjunto de tales sumas superara dicha cantidad, el exceso sobre la misma se reduciría proporcionalmente hasta dicho límite, soportando cada póliza la reducción correspondiente en proporción al capital respectivamente asegurado

ACTUALIZACIÓN DE CAPITALS Y PRIMAS

La presente póliza permite que se pacte la revalorización automática de los capitales asegurados.

I. En aquellos casos en los que se haya pactado la revalorización automática de los capitales asegurados, la misma se producirá anualmente y con arreglo a las siguientes normas:

- Cuando el índice de revalorización sea un porcentaje fijo, la revalorización se efectuará aplicando dicho porcentaje a los capitales garantizados para la anualidad anterior.
- Si el índice aplicable elegido fuera de carácter variable (IPC), la revalorización se producirá en la misma proporción en que el Índice de Precios al Consumo se haya modificado respecto al de la anualidad anterior, conforme a los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística.
- Los nuevos Capitales serán el resultado de aplicar a los Capitales actualmente Asegurados la variación experimentada por el IPC desde el último vencimiento de la póliza.

II. En cualquier caso, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán renunciar a la revalorización de los capitales asegurados sin más requisito que comunicarlo a REALE SEGUROS GENERALES, S.A. con una antelación mínima de dos meses al vencimiento anual del seguro.

III. La revalorización de capitales producirá el correspondiente reajuste de primas.

IV. La revalorización automática no será aplicable a las cantidades fijadas como sublímites de indemnización de cada garantía y/o cobertura, a los límites porcentuales ni a las franquicias.

V. Las únicas garantías que pueden revalorizarse son:

- Muerte por Accidente.
- Invalidez Permanente Absoluta o Parcial.

Adicionalmente, REALE SEGUROS GENERALES, S.A. podrá actualizar anualmente las primas en aplicación de lo dispuesto en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normas aplicables. Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en la prima de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones cubiertas por el seguro, la incorporación a las coberturas garantizadas de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias familiares, así como en el domicilio y edad del Asegurado y en el comportamiento de la siniestralidad durante la vigencia de su póliza.

REALE comunicará con dos meses de anticipación al vencimiento la modificación del importe de la prima en cada período de prórroga, si ésta tiene lugar (expresa o tácitamente), en la misma proporción en que se modifiquen los valores de los factores en que se fundamenta, según la influencia de cada uno de ellos.

RESOLUCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

En cumplimiento de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, Reale Seguros Generales, S.A.U., dispone de un Servicio de Atención y Defensa del Cliente, sito en la calle Príncipe de Vergara, 125, (28002 Madrid) y cuya dirección de correo electrónico es serviciodeatencionydefensa.clientes@reale.es.

La misión de dicho Servicio es la de atender y resolver las quejas y reclamaciones que presenten las personas físicas o jurídicas que reúnan la condición de usuario de los servicios de Reale, siempre que tales quejas y reclamaciones se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de los contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos del sector asegurador. Las quejas o reclamaciones podrán presentarse personalmente en cualquiera de las oficinas de Reale abiertas al público. Así mismo, dispondrán de un teléfono de información gratuito 900 211 021. A tal efecto existen formularios de queja o reclamación a disposición de los clientes en todas las oficinas de Reale. Asimismo, pueden presentarse mediante correo dirigido al Servicio de Atención y Defensa del Cliente de Reale, a la dirección señalada, utilizando los mismos modelos indicados anteriormente, o a través de correo electrónico, debiendo ajustarse, para este último supuesto, a las exigencias previstas en la Ley 59/2003 de 19 de diciembre, de firma electrónica.

El Servicio de Atención y Defensa del Cliente deberá resolver la Queja o Reclamación en el plazo previsto en el reglamento. En caso de no estar conforme con la resolución emitida por el Servicio de Atención y Defensa del Cliente, su reclamación puede ser tramitada, en Segunda Instancia, por el Defensor del Cliente, Cl. Julián Camarillo, 29, Ed. 2, 4ª pl. izqda. 28037 MADRID., Tlf. 913104043, Fax 913084991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org o ante el Servicio de Reclamaciones

de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sita en el Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid, www.dgsfp.mineco.es/. o bien puede formular demanda ante los Juzgados de la jurisdicción civil. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

REALE SEGUROS GENERALES, S.A. desarrolla su actividad aseguradora en España correspondiendo el control de su actividad a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones adscrita al Ministerio de Economía y Hacienda.

CLÁUSULAS ADICIONALES**CLAUSULAS ESPECIALES****OBJETO DEL SEGURO**

Accidentes deportivos sufridos por los asegurados, según se recoge en el R.D. 849/1993 de 4 de junio (donde se determinan las prestaciones mínimas del seguro obligatorio).

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 o desplazamiento, debidamente programada y organizada o dirigida por la Federación, club u organismo deportivo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

Quedan incluidas las lesiones accidentales no traumáticas

Tendrán la consideración de accidente los infartos de miocardio y las anginas de pecho sufridos por los asegurados, siempre que estos se produzcan en el campo de juego durante la práctica deportiva o, subsiguientemente a ésta, en las instalaciones del club o recinto deportivo.

COBERTURAS DEL SEGURO (salvo otra indicación en Condiciones Particulares):

Fallecimiento por accidente deportivo:

Para federados profesionales: 6.000,00 euros

Para resto de federados: 6.000,00 euros

Invalidez Permanente por accidente deportivo:

Para federados profesionales: 12.000,00 euros, según Baremo

Para resto de federados: 12.000,00 euros según Baremo

Asistencia Sanitaria por accidente deportivo:

Ilimitada (1.800,00 euros L.E)

Resto de coberturas del R.D. 849/1993.

ASEGURADOS

Deportistas federados en la Federación Canaria de Hockey (FCANH), ya sean amateurs o profesionales, asistentes a cursos para discapacitados organizados por la Federación o las Federaciones Autonómicas, así como Árbitros, Jueces y Personal Técnico de la Federación.

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 designados o aceptados por el Asegurador.

Se incluyen únicamente las lesiones derivadas de accidente deportivo, 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) derivada del 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; se excluyen igualmente las 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 médico-quirúrgica comprende:

- Primer traslado y evacuación del federado a clínicas indicadas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el federado requiera ser hospitalizado.
- Primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios diagnósticos, radiología, prótesis, osteosíntesis, rehabilitación y hospitalización.
- Recuperación funcional.

Condiciones generales y particulares

- 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. El Asegurador podrá autorizar esta prestación solo a través de determinados proveedores, comunicará al federado dicha autorización, quedando exento de responsabilidad en caso de no aceptación de dichos proveedores.

- Gastos de locomoción derivados del proceso de curación cuando, a criterio del Asegurador sea necesario el traslado por medios especiales.

Se hace constar expresamente que la prestación de Asistencia Médica se realizará por médicos y especialistas del cuadro médico incluido en póliza.

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 600 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.

AUTORIZACIONES

Las siguientes pruebas y tratamientos necesitarán autorización previa del Asegurador: estudios complementarios (TAC, RMN, Ecografía, Gammagrafía, Artrografía, etc); Artroscopias; Intervenciones Quirúrgicas y rehabilitación.

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

En caso de urgencia clínica grave vital, el federado 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 federado 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 federado 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.

Cualquier asistencia en Centro o Facultativo no indicado por el Asegurador, salvo lo indicado para urgencias graves vitales, no será de cuenta del Asegurador.

CONDICIONES ESPECIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION

ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La asistencia médica será prestada en los Centros del Cuadro Médico Reale. En caso de accidente cubierto por la póliza el asegurado deberá contactar con Reale en los números de teléfono indicados en el Protocolo de actuación anexo a la esta póliza. Únicamente en caso de urgencia vital se podrá asistir directamente al centro sanitario más próximo y siempre de acuerdo con los términos especificados en el apartado URGENCIA CLÍNICA VITAL de este protocolo.

COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE:

El accidente deberá ser comunicado en un periodo máximo de 7 días desde que se produce el mismo a Reale, teléfono 900 - 299 - 703.

Enviar el parte de accidentes debidamente cumplimentado, junto con los informes y prescripciones médicas si los hubiese a Reale.

El parte deberá ser cumplimentado por el club donde ha ocurrido el accidente.

Es importante que los datos de contacto sean correctos, a poder ser nº de móvil del lesionado, y/o padres/tutores, así como mail de contacto de los interesados.

Se le enviará, tras comprobar toda la documentación necesaria, al mail indicado, el nº de expediente y los siguientes pasos a realizar.

Para solicitar seguimiento posterior de tratamiento o pruebas complementarias será el mismo Centro Médico quien lo solicite a la compañía (email) y ésta enviará la autorización correspondiente al centro médico solicitante.

PARTE DE ACCIDENTE

Explicar detalladamente lo sucedido en el parte de accidentes.

Que el parte esté sellado y firmado por el club donde ha ocurrido el accidente.

Que conste con claridad el número de licencia del federado accidentado.

Que la llamada en caso de Urgencia por un accidente deportivo la haga el club donde ha ocurrido el accidente.

Que los datos de contacto sean correctos o será imposible coordinar la asistencia.

URGENCIAS

Se entiende por Urgencia la atención sanitaria cuya demora pueda comportar un agravamiento de la lesión, dolor extremo, o necesidad de acudir inmediatamente en el momento posterior al accidente, siempre y cuando esta asistencia sea objeto del seguro y dentro de las 24 horas posteriores a la ocurrencia del accidente.

En este caso, el club donde ha ocurrido el accidente deportivo deberá llamar al teléfono de asistencia 24 horas, dónde coordinarán la asistencia a urgencias en el centro concertado: 900 – 299 - 703 para todo el territorio.

URGENCIA MÉDICA VITAL

Sólo en caso de Urgencia Médica Vital el federado podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la asistencia de urgencias, el federado deberá ser trasladado a un centro médico concertado.

En caso de permanencia en un CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO la Compañía no se hará cargo de los costes de la atención prestada.

La Compañía no se hará cargo de los costes derivados de asistencias en centros no concertados o de la Seguridad Social excepto en los casos de urgencia vital. En el caso de que estos costes se facturasen a la Compañía, ésta podría repercutirlos al federado.

El club donde ha ocurrido el accidente deberá comunicarlo a Reale en el plazo de 48 horas, siguiendo las indicaciones de este Protocolo.

EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA.

En tanto en cuanto el federado está recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

Será motivo de cierre del expediente del siniestro y por tanto, no continuidad de tratamiento, si durante la BAJA MÉDICA DEPORTIVA el federado realiza actividad deportiva, careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.

El accidente debe ser comunicado en un periodo máximo de 7 días desde que se produce el mismo.

Cualquier asistencia, consulta médica, pruebas o rehabilitación, que no sea de URGENCIAS, deberá ser autorizada previamente, de lo contrario será el federado quien se haga cargo de los costes incurridos.

CLAUSULAS ESPECÍFICAS**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. 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.

COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las partes acuerdan de forma expresa e inequívoca que las comunicaciones y notificaciones realizadas por parte de REALE en relación a la presente póliza, con independencia del destinatario de las mismas (Tomador, Asegurado o Beneficiario) podrán realizarse, siempre que la legislación aplicable no lo prohíba expresamente, a través de medios electrónicos y particularmente, a través del correo electrónico y/o el teléfono facilitado por el Tomador que consten recogidos en la Póliza, sin perjuicio que en cualquier momento dichos medios podrán ser actualizados por parte del legítimo tomador. En caso de llevarse a cabo por medios electrónicos se garantizará en todo momento la autoría de dichas comunicaciones, la confidencialidad y la integridad de las mismas, contando de esta forma con la misma eficacia jurídica que las comunicaciones y notificaciones realizadas por vía postal.

No obstante, en caso de que el cliente deseara recibir las comunicaciones y notificaciones en formato papel, podrá ponerse en contacto con su Mediador y también a través de su Centro Reale o en nuestro Servicio de Atención al Cliente en el teléfono 900 455 900

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**Ámbito de Cobertura**

Accidente Extraprofesional

Revalorización de Capitales asegurados: NO**Tipo de Revalorización:** NO REVALORIZA**Índice a Fecha Emisión:****GRUPO ASEGURADO 1****Actividad Profesional/Ocupación**

DEPORTISTA PROFESIONAL

Ampliación de la Actividad

FEDERADOS MENORES DE 16 AÑOS (FCANH)

Descripción Colectivo:**Nº Asegurados:** 289**BENEFICIARIOS**

En el caso de no existir designación expresa de beneficiarios en Póliza, se considerará como tales:

+ En caso de Fallecimiento del Asegurado, por orden preferente y excluyente los siguientes:

1º El cónyuge del Asegurado no separado legalmente en la fecha del fallecimiento del Asegurado o su pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja;

2º Los hijos o descendientes naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo protección del Asegurado en régimen de acogimiento preadoptivo del Asegurado, todos ellos por partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiese, será repartida entre los restantes hijos vivos del Asegurado fallecido;

3º Los padres del Asegurado que le sobrevivan, a partes iguales; si alguno ya hubiere fallecido, su parte acrecerá al superviviente;

4º Hermanos por partes iguales;

5º A falta de todos los anteriores, los demás herederos del Asegurado fallecido

+ En caso de Incapacidad Permanente (en cualquiera de sus grados) del Asegurado: el Beneficiario será el propio Asegurado.

El Tomador podrá designar Beneficiario y revocar la designación realizada anteriormente en cualquier momento, mientras no se haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si el Fallecimiento del Asegurado es causado dolosamente por el Beneficiario, éste perderá el derecho al Capital asegurado, que quedará integrado en el patrimonio del Tomador.

¿QUÉ GARANTÍAS HE CONTRATADO?

GARANTÍAS	CAPITALES
- Muerte por Accidente	6.000,00 €
- Invalidez Permanente Absoluta o Parcial por Accidente. Baremo Normal	12.000,00 €
- Asistencia Sanitaria	Ilimitada (1.800 € L.E)
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS	
- Cobertura del Consorcio Compensación de Seguros	Incluido

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**Ámbito de Cobertura**

Accidente Extraprofesional

Revalorización de Capitales asegurados: NO**Tipo de Revalorización:** NO REVALORIZA**Índice a Fecha Emisión:****GRUPO ASEGURADO 2****Actividad Profesional/Ocupación**

DEPORTISTA PROFESIONAL

Ampliación de la Actividad

FEDERADOS MAYORES DE 16 AÑOS (FCANH)

Descripción Colectivo:**Nº Asegurados:** 166**BENEFICIARIOS**

En el caso de no existir designación expresa de beneficiarios en Póliza, se considerará como tales:

+ En caso de Fallecimiento del Asegurado, por orden preferente y excluyente los siguientes:

1º El cónyuge del Asegurado no separado legalmente en la fecha del fallecimiento del Asegurado o su pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja;

2º Los hijos o descendientes naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo protección del Asegurado en régimen de acogimiento preadoptivo del Asegurado, todos ellos por partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiese, será repartida entre los restantes hijos vivos del Asegurado fallecido;

3º Los padres del Asegurado que le sobrevivan, a partes iguales; si alguno ya hubiere fallecido, su parte acrecerá al superviviente;

4º Hermanos por partes iguales;

5º A falta de todos los anteriores, los demás herederos del Asegurado fallecido

+ En caso de Incapacidad Permanente (en cualquiera de sus grados) del Asegurado: el Beneficiario será el propio Asegurado.

El Tomador podrá designar Beneficiario y revocar la designación realizada anteriormente en cualquier momento, mientras no se haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si el Fallecimiento del Asegurado es causado dolosamente por el Beneficiario, éste perderá el derecho al Capital asegurado, que quedará integrado en el patrimonio del Tomador.

¿QUÉ GARANTÍAS HE CONTRATADO?

GARANTÍAS	CAPITALES
- Muerte por Accidente	6.000,00 €
- Invalidez Permanente Absoluta o Parcial por Accidente. Baremo Normal	12.000,00 €
- Asistencia Sanitaria	Ilimitada (1.800 € L.E)
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS	
- Cobertura del Consorcio Compensación de Seguros	Incluido

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**Ámbito de Cobertura**

Accidente Extraprofesional

Revalorización de Capitales asegurados: NO**Tipo de Revalorización:** NO REVALORIZA**Índice a Fecha Emisión:****GRUPO ASEGURADO 3****Actividad Profesional/Ocupación**

ARBITROS Y JUECES (NO PROFESIONALES)

Ampliación de la Actividad

ARBITROS Y PERSONAL TECNICO (FCANH)

Descripción Colectivo:**Nº Asegurados:** 7**BENEFICIARIOS**

En el caso de no existir designación expresa de beneficiarios en Póliza, se considerará como tales:

+ En caso de Fallecimiento del Asegurado, por orden preferente y excluyente los siguientes:

1º El cónyuge del Asegurado no separado legalmente en la fecha del fallecimiento del Asegurado o su pareja de hecho. La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja;

2º Los hijos o descendientes naturales o adoptados, así como aquellos menores de edad que se encuentren bajo protección del Asegurado en régimen de acogimiento preadoptivo del Asegurado, todos ellos por partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiese, será repartida entre los restantes hijos vivos del Asegurado fallecido;

3º Los padres del Asegurado que le sobrevivan, a partes iguales; si alguno ya hubiere fallecido, su parte acrecerá al superviviente;

4º Hermanos por partes iguales;

5º A falta de todos los anteriores, los demás herederos del Asegurado fallecido

+ En caso de Incapacidad Permanente (en cualquiera de sus grados) del Asegurado: el Beneficiario será el propio Asegurado.

El Tomador podrá designar Beneficiario y revocar la designación realizada anteriormente en cualquier momento, mientras no se haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si el Fallecimiento del Asegurado es causado dolosamente por el Beneficiario, éste perderá el derecho al Capital asegurado, que quedará integrado en el patrimonio del Tomador.

¿QUÉ GARANTÍAS HE CONTRATADO?

GARANTÍAS	CAPITALES
- Muerte por Accidente	6.000,00 €
- Invalidez Permanente Absoluta o Parcial por Accidente. Baremo Normal	12.000,00 €
- Asistencia Sanitaria	Ilimitada (1.800 € L.E)
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS	
- Cobertura del Consorcio Compensación de Seguros	Incluido

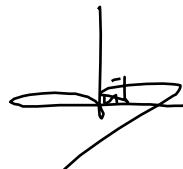
FIRMA Y CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador declara haber recibido un ejemplar de la presente póliza, y reconoce expresamente mediante su firma haber leído y entendido todas las condiciones generales y particulares que conforman la misma, aceptando dichas condiciones, así como los capitales asegurados, en especial el relativo a los gastos de defensa jurídica y aquellas cláusulas limitativas de sus derechos que aparecen destacadas en letra negrita, de las cuales se destacan nuevamente como exclusiones las siguientes:

El Tomador del seguro reconoce haber recibido con carácter previo a la celebración del presente contrato de seguro, toda la información exigida por el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su reglamento de desarrollo.

Asimismo, el Tomador del seguro declara haber leído y aceptar el contenido de la cláusula relativa a la Protección de Datos.

Como prueba de conformidad con todo lo anterior, el Tomador del seguro firma la presente póliza en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.



El Tomador del Seguro

REALE SEGUROS GENERALES, S.A.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

A continuación, la información básica y esencial que debes conocer sobre el tratamiento que hacemos en Reale sobre tus datos. Te recomendamos visites nuestra página web y leas nuestra Política completa para conocer en detalle cómo trataremos tus datos.

Si tienes alguna consulta, escríbenos a dpo@reale.es y trataremos de resolver todas tus dudas.

1. RESPONSABLE

REALE SEGUROS GENERALES, S.A.U. (RSG) o REALE VIDA Y PENSIONES, S.A. DE SEGUROS (RV), según el producto sobre el que hayas solicitado precio o finalmente hayas decidido contratar

2. FINALIDAD Y LEGITIMACIÓN

Los datos que nos has facilitado serán utilizados por RSG o RV, según corresponda, para:

- (1) la gestión del proyecto, solicitud o tarificación del seguro solicitado, así como la formalización y gestión del seguro si lo decides contratar. Legitimación: ejecución del contrato.
- (2) la comunicación de los datos a otras aseguradoras o reaseguradoras, así como al corredor de seguros que haya intermediado la póliza. Legitimación: ejecución del contrato.
- (3) el cumplimiento de nuestras obligaciones legales como aseguradora, principalmente para la selección del riesgo que se desea asegurar, o la prevención de blanqueo de capitales para RV, entre otras. Legitimación: obligación legal.
- (4) la prevención del fraude, impagos y suplantación de identidad (incluyendo la elaboración de perfiles); Legitimación: interés legítimo.
- (5) la elaboración de estudios estadísticos y desarrollo de nuevos productos y servicios previo proceso de anonimización de tus datos. Legitimación: interés legítimo.
- (6) la realización de actividades de fidelización y encuestas de opinión. Legitimación: interés legítimo.

Con carácter conjunto entre RSG y RV como corresponsables para:

- (7) gestionar centralizadamente tus datos y proporcionarte un servicio más inmediato y completo en todas nuestras sucursales. Legitimación: interés legítimo.
- (8) enviarte comunicaciones comerciales de productos propios y similares a los previamente contratados, por cualquier medio mientras seas cliente (incluye la elaboración de perfiles "básicos"). Si tu seguro ha sido intermediado por un Corredor o un Operador de Banca Seguros sólo trataremos tus datos para esta finalidad si previamente tu Corredor de seguros/ Operador nos autoriza para cada acción. Legitimación: interés legítimo.
- (9) Otras finalidades basadas en tu consentimiento (ver apartado ¡Tú decides! de esta cláusula).

3. DESTINATARIOS

- (1) A otras entidades del Grupo Reale para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales y la gestión centralizada del servicio.
- (2) A entidades financieras, para la gestión de cobros y pagos.
- (3) A entidades y organismos, públicos o privados, que intervengan en la gestión del contrato de seguro, aseguradoras y reaseguradoras, intervinientes en la gestión de la póliza que actúan como encargados, así como fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, reguladores u órganos gubernamentales.

- (4) Al corredor o correduría de seguro que haya intermediado tu póliza.
- (5) A ficheros comunes de solvencia relativos al cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias.
- (6) A ficheros comunes para la prevención del fraude y detección, según corresponda por el seguro suscrito.
- (7) Al Fichero Informativo de Vehículos Asegurados (FIVA).

4. DERECHOS

Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y, en su caso, oposición al tratamiento, así como revocar tu consentimiento en cualquier momento, dirigiéndote a tu Aseguradora o a cualquiera de los corresponsables en relación con los tratamientos realizados conjuntamente, a través del correo protecciondedatos@reale.es.

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

Te recomendamos consultes información completa y detallada sobre el tratamiento de tus datos en www.reale.es/es/politica-de-privacidad, escaneando el código QR o poniéndote en contacto con nosotros en el 900 101 480 para que te la remitamos por el medio que prefieras.

Nos comunicaremos contigo a través de cualquier medio (incluyendo Whatsapp) cuando sea necesario para alguna de las finalidades descritas anteriormente. Si no quieres recibir comunicaciones por algún medio en concreto, ponte en contacto con nosotros para registrar tus preferencias.

¡TÚ DECIDES!

Sólo si nos das tu consentimiento utilizaremos los datos para:

1. Elaboración de perfiles "avanzados" con finalidades comerciales o promocionales.
2. Envío de acciones comerciales durante dos años una vez concluida la relación precontractual y/o contractual.
3. Envío de información promocional y publicitaria de entidades del Grupo Reale y terceras empresas, seas o no cliente.

Podrás decidir si nos das tu consentimiento, accediendo a <https://consentimientos.reale.es/>

Cláusula Mod.103 1.0

