
Lloyd's Insurance Company S.A.

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVO

PERSONAL ACCIDENT COLLECTIVE INSURANCE

Federación Canaria de Motociclismo

CAPITULO I DATOS IDENTIFICATIVOS

1. NÚMERO DE PÓLIZA **POLICY NUMBER**

B1819A260258

2. TOMADOR DEL SEGURO **POLICYHOLDER**

Federación Canaria de Motociclismo

CIF/**VAT**: G35384544

Dirección/**Address**: Calle Mercedes s/n Pabellon Insular Santiago Martin Ofc 48 San Cristobal de la Laguna 38108

3. ASEGURADOS **INSURED**

Cada uno de los miembros individuales pertenecientes al Tomador del Seguro, titulares del interés objeto del seguro y que, en defecto del Tomador, asumen las obligaciones derivadas del contrato.

Los Asegurados (innominados) iniciales serán aquellos incluidos en el listado facilitado por el Tomador del Seguro y en posesión de los Aseguradores, cuya alta toma efecto el mismo día que el efecto inicial de la presente póliza.

El Tomador del Seguro deberá facilitar periódicamente, todas las altas y bajas producidas durante el periodo del seguro.

Each of the individual member belonging to the Policyholder, entitled to be covered by this insurance and who, in the absence of the Policyholder, assume the obligations derived by the contract.

The initial Insured individuals will be those included in the list provided by the Policyholder and held by the Insurers, with effect on the same day as the inception of this policy.

The Policyholder must provide all the registrations and cancellations produced during the insurance period.

4. BENEFICIARIO(S) (únicamente si es distinto del Asegurado) **BENEFICIARY(S) (only if it's different from the Insured)**

El Asegurado (innominado) **The insured**

5. ASEGURADORES **INSURERS**

Lloyd's Insurance Company S.A. es una sociedad anónima de nacionalidad belga (société anonyme / naamloze vennootschap) con domicilio social en Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruselas, Bélgica e inscrita en el Banque- Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con el número 682.594.839 RLE (Bruselas). Es una compañía de seguros sujeta a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica. Su Número de Referencia y otros datos se pueden encontrar en www.nbb.be

This insurance contract is insured by Lloyd's Insurance Company S.A.

Lloyd's Insurance Company SA is a Belgian public limited company (société anonyme / naamloze vennootschap) with registered office at Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgium and registered with the Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen under number 682.594. 839 RLE (Brussels). It is an insurance company subject to the supervision of the National Bank of Belgium. Your Reference Number and other details can be found at www.nbb.be

Dirección del sitio web/**Website**: www.lloyds.com/brussels

Correo electrónico/**email**: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com

Datos bancarios/**Bank details**: Citibank Europe plc Belgium Branch, Boulevard General Jacques 263G, Bruselas 1050, Bélgica - BE46570135225536

6. REPRESENTANTE GENERAL DE LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A **GENERAL REPRESENTATIVE OF LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.**

José Núñez
Paseo de la Castellana 216, 28046 Madrid, España

7. MEDIADOR **BROKER**

AON Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, SAU
Calle Velazquez 86, Madrid, 28006
email www.aon.com teléfono /**Phone** 913405000

8. PERIODO ASEGURADO **INSURED PERIOD**

Desde: 00.00 horas (hora local de España) del 01/01/2026
Hasta: 00.00 horas (hora local de España) del 01/01/2028

Quando el seguro haya sido estipulado por un período de tiempo determinado, la póliza entrará en vigor y finalizará en las fechas indicadas en las condiciones particulares. De conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguros, podrá prorrogarse por períodos no superiores a un año. Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en los plazos legales de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

From: 00:00 (local standard time in Spain) on 01/01/2026
To: 00:00 (local standard time in Spain) on 01/01/2028

When the insurance has been stipulated for a certain period of time, the policy will take effect and expire on the dates indicated in the special conditions. In accordance with article 22 Ley 50/1980 de Contrato de Seguros, the period of insurance may be extended for periods not exceeding one year. The parties may oppose to the extension of the contract, by a written notification to the other party, made within the statutory time limits prior to end of the current insurance period.

LEY APLICABLE AL CONTRATO Y JURISDICCION APLICABLE (la ley del territorio y territorio que se aplicará para resolver disputas relacionadas con este contrato)

9. **LAW APPLICABLE TO THE CONTRACT Y JURISDICTION APPLICABLE (territorial law and territoriality applied to solve disputes related to this contract)**

Salvo que se establezca lo contrario en este Contrato de Seguro, la legislación aplicable es la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015 sobre Ordenación, Supervisión y Solvencia de Aseguradoras y Reaseguradoras. Será por tanto de aplicación la Jurisdicción Española, excepto en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

Unless otherwise established in this Insurance Contract, the applicable legislation is Ley 50/1980 de Contrato de Seguros, Lay 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Aseguradoras y Reaseguradoras and the Real Decreto 1060/2015 sobre Ordenación, Supervisión y Solvencia de Aseguradoras y Reaseguradoras. It will be apply the Spanish jurisdiction except for the regulations regarding the liquidation of insurance companies.

10. PRIMA IMPUESTOS Y RECARGOS **PREMIUM TAXES AND CHARGE**

La prima aplicable al período de vigencia del presente Seguro ascenderá a la cantidad de:
The premium applicable to the period of validity of this Insurance will be calculated as follows:

Prima Neta Net Premium:

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

I.P.S. (8%):

CCS (0,15%):

Recargos:

Prima Total *Gross premium*:

La Prima resultante del ajuste final del número de federados no podrá ser inferior al 85% de la prima neta original, establecida al inicio, según lo indicado Enel Capítulo IV – Administración de la Póliza

The premium resulting from the final adjustment of the number of federation members shall not be less than 85% of the original net premium established at inception, as specified in Chapter IV – Policy Administration.

Fraccionamiento del pago: trimestral - *installment of payment: quarterly*

Prima Primer Recibo - *Gross Premium first installment*:

Prima Recibos sucesivos - *Gross Premium other installment*:

ACUERDO DE LARGA DURACIÓN (LTA)

Las partes acuerdan expresamente que para el período comprendido entre las 00 s horas del 1 de enero de 2027 y las 00 horas del 1 de enero de 2028, las primas se corregirán en base a la evolución de la siniestralidad acumulada incurrida (Pagos + reservas de siniestros pendientes) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2026 y el 30 de septiembre de 2026, tal y como se indica a continuación:

Sin perjuicio de lo anterior, se establece un incremento fijo de prima del 5%, ya aprobado para la opción del segundo año, al que se añadirán, en su caso, los ajustes adicionales en función del nivel de siniestralidad incurrida, según la siguiente escala:

1. Si la siniestralidad incurrida es igual o inferior al 75% de la prima neta imputada, la prima neta por asegurado se mantendrá sin variación adicional, aplicándose exclusivamente el incremento fijo del 5%.
2. Si la siniestralidad incurrida se sitúa entre el 76% y el 80% de la prima neta imputada, la prima neta por asegurado se incrementará en un 5% adicional, que se sumará al incremento fijo del 5% ya aprobado.
3. Si la siniestralidad incurrida se sitúa entre el 81% y el 85% de la prima neta imputada, la prima neta por asegurado se incrementará en un 8% adicional, que se sumará al incremento fijo del 5% ya aprobado.
4. Si la siniestralidad incurrida supera el 85% de la prima neta imputada, las condiciones de renovación serán objeto de renegociación entre las partes.

A estos efectos se entenderá por siniestralidad incurrida, la suma de pagos (indemnizaciones y gastos de cualquier tipo incurridos) más las reservas establecidas por el Asegurador correspondientes a los siniestros declarados hasta la fecha.

La aceptación de este acuerdo de larga duración supone que, mientras el mismo esté en vigor, ambas partes contratantes renuncien expresamente a la aplicación de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley de Contrato de seguro en sus apartados 2., 3. y 4. en lo referente a la oposición a la prórroga del seguro.

SCHEDULE

Identificación del riesgo objeto del Seguro / *Identification of the risk covered by the insurance*:

GRUPO/GROUP 1: FEDERADOS ANUALES/ANNUAL MEMBERS

- ESTIMACION ASEGURADOS INICIAL (innominados)/ *INITIAL NUMBER OF INSURED INDIVIDUALS ESTIMATE*:

Grupo 1: Federados mayores de 14 años	78
Grupo 1A : Federados Anual Enduro Cross-Country	0
Grupo 1B: Federados mayores 14 años anual para pruebas y camp. Ambito regional	0
Grupo 2: Federados menores de 14 años (catalana menores 16 años)	44
Grupo 3: Federados Anual Trial, Minimoto, Minimotor, Minivelocidad y Pit Bike	46
Grupo 4A: Cargos Oficiales (personal federativo, preparadores, mecanicos y técnicos)	30

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

Grupo 4B: Cargos Oficiales hasta 4 días	0
Grupo 7A: Prueba de 1 día, Entrenamientos y Tandas de 1 día	64
Grupo 7B: Prueba de 2 días	0
Grupo 7C: Prueba de 3 días	0
Grupo 7D: Prueba de 4 días	0
Grupo 8: Anual de Entrenos, Licencia No Competitiva, Licencia Social y Licencia de Turismo Anual	0
Grupo 8A: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Trial, Minivelocidadm pit bike y Socooter	0
Grupo 8B: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Motocross, Cross Country, Enduro y Supercross	0
Grupo 8C: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Velocidad	0
Grupo 8D: Licencia Anual Adventuring/MTR	0
Grupo 8E: 1 día Licencia Anual Adventuring/MTR	0
Grupo 12A: Credencial Comisarios de Pista	0
Grupo 12B: Credencial Comisarios de Pista hasta 4 días	0
Grupo 13: Credencial de Iniciacion de 4 a 6 años	0
*Cuatrimestral-Grupo 1: Federados mayores de 14 años	0
*Cuatrimestral-Grupo 1A : Federados Enduro Cross-Country	0
*Cuatrimestral-Grupo 1B: Federados mayores 14 años para pruebas y camp. Ambito regional	0
*Cuatrimestral-Grupo 2: Federados menores de 14 años (catalana menores 16 años)	0
*Cuatrimestral-Grupo 3: Federados Trial, Minimotos, Minimotor, Minivelocidad y Pit Bike	0
*Cuatrimestral-Grupo 4A: Cargos Oficiales (personal federativo, preparadores, mecanicos y técnicos)	0
*Cuatrimestral-Grupo 8: Entrenos, Licencia No Competitiva, Licencia Social y Licencia de Turismo	0
*Cuatrimestral-Grupo 8D: Licencia Anual Adventuring/MTR	0
*Cuatrimestral-Grupo 12A: Credencial Comisarios de Pista	0
*Cuatrimestral-Grupo 13: Credencial de Iniciacion de 4 a 6 años	0

***Las pólizas Cuatrimestrales serán únicamente de aplicación en el período final de la anualidad (de septiembre a diciembre)**

- PRIMA POR ASEGURADO (innominado) / **PREMIUM PER INSURED:**

Grupo 1: Federados mayores de 14 años	
Grupo 1A : Federados Anual Enduro Cross-Country	
Grupo 1B: Federados mayores 14 años anual para pruebas y camp. Ambito regional	
Grupo 2: Federados menores de 14 años (catalana menores 16 años)	
Grupo 3: Federados Anual Trial, Minimotos, Minimotor, Minivelocidad y Pit Bike	
Grupo 4A: Cargos Oficiales (personal federativo, preparadores, mecanicos y técnicos)	
Grupo 4B: Cargos Oficiales hasta 4 días	

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

Grupo 7A: Prueba de 1 día, Entrenamientos y Tandas de 1 día	
Grupo 7B: Prueba de 2 días	
Grupo 7C: Prueba de 3 días	
Grupo 7D: Prueba de 4 días	
Grupo 8: Anual de Entrenos, Licencia No Competitiva, Licencia Social y Licencia de Turismo Anual	
Grupo 8A: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Trial, Minivelocidadm pit bike y Socooter	
Grupo 8B: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Motocross, Cross Country, Enduro y Supercross	
Grupo 8C: 1 día entrenamientos privados no oficiales y cursillos Velocidad	
Grupo 8D: Licencia Anual Adventuring/MTR	
Grupo 8E: 1 día Licencia Anual Adventuring/MTR	
Grupo 12A: Credencial Comisarios de Pista	
Grupo 12B: Credencial Comisarios de Pista hasta 4 días	
Grupo 13: Credencial de Iniciacion de 4 a 6 años	
Cuadrimestral-Grupo 1: Federados mayores de 14 años	
Cuadrimestral-Grupo 1A : Federados Enduro Cross-Country	
Cuadrimestral-Grupo 1B: Federados mayores 14 años para pruebas y camp. Ambito regional	
Cuadrimestral-Grupo 2: Federados menores de 14 años (catalana menores 16 años)	
Cuadrimestral-Grupo 3: Federados Trial, Minimotos, Minimotor, Minivelocidad y Pit Bike	
Cuadrimestral-Grupo 4A: Cargos Oficiales (personal federativo, preparadores, mecanicos y técnicos)	
Cuadrimestral-Grupo 8: Entrenos, Licencia No Competitiva, Licencia Social y Licencia de Turismo	
Cuadrimestral-Grupo 8D: Licencia Anual Adventuring/MTR	
Cuadrimestral-Grupo 12A: Credencial Comisarios de Pista	
Cuadrimestral-Grupo 13: Credencial de Iniciacion de 4 a 6 años	

GARANTÍAS GUARANTEES	CONTRACTADA/ CONTRACTED	SUMA ASEGURADA/SUM INSURED	EDAD MAXIMA
MUERTE POR ACCIDENTE/ <i>DEATH BY ACCIDENT</i>		<u>7.600,00 €</u>	80
INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE SEGÚN BAREMO/ <i>PERMANENT DISABLEMENT BY ACCIDENT</i>		<u>18.500,00 €</u>	80
ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CUADRO MEDICO/ <i>UNLIMITED MEDICAL HEALTH CARE</i>		<u>INCLUIDA</u>	80

CAPITULO II

ART. 1 CONDICIONES ESPECIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION 849/1993

Coberturas según R.D. 849/1993 condiciones especiales y protocolo de actuación: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1993/06/04/849>.

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.

1.- OBJETO DEL SEGURO

Accidentes deportivos sufridos por los asegurados, según se recoge en el Real Decreto 849/1993 (seguro obligatorio para deportistas federados). Se entiende como accidente deportivo a efectos de esta póliza a la lesión corporal, no intencionada por parte del accidentado, de inicio repentino, provocada por un traumatismo o una carga que supera los límites fisiológicos, y que acontece durante una actividad deportiva identificable. En general, todas las lesiones agudas (debidas a traumatismos, malos gestos técnicos o cargas que superen los límites fisiológicos y provoquen un daño tisular) deben ser consideradas como accidentes deportivos.

Aquellas en las que el daño tisular aparece en un determinado momento y es progresivo, pudiendo manifestarse clínicamente o no (sobrecargas de repetición o lesiones por sobreuso), quedan excluidas de lo que se entiende por accidentes deportivos.

Se incluyen exclusivamente los accidentes ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento dentro del ámbito federativo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

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

Fallecimiento por accidente deportivo: 7.600 €

Fallecimiento durante la práctica deportiva por sin causa directa de la misma: 1.900 €

Invalidez permanente por accidente deportivo: 18.500 €

Asistencia sanitaria por accidente deportivo: Ver punto 3 y siguientes.

Gastos de odonto-estomatología hasta a 400€

Material ortopédico curativo no preventivo 100% del gasto hasta 800€

Asistencia sanitaria ilimitada en centro concertado (excepto urgencias vitales) en territorio español (18 meses desde la fecha del accidente)

Gasto sanitario en el extranjero hasta 6.500€ + Asistencia ilimitada en centro concertado una vez se halle en territorio español (18 meses desde la fecha del accidente)

Repatriación no sanitaria en caso de accidente en el extranjero hasta 1.200€ Inclusión de Andorra como territorio nacional

Cobertura in itinere (desplazamientos organizados)

Repatriación del cadáver en caso de muerte en el extranjero hasta 8.000€

Resto de coberturas del RD 849/1993.

3.- COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

Será prestada por el asegurador durante un periodo máximo de 18 meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que dicha prestación 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, siempre que no sean debidos a lesiones 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.

Así mismo, queda cubierto como mejora al Real Decreto, todo mecanismo lesional que sea súbito e incapacitante, desde el mismo momento del suceso, mostrando signos agudos objetivables desde el inicio, aunque no haya un elemento externo claro. Lesiones que se producen durante la actividad deportiva, pero su origen no es un golpe o traumatismo directo, como una rotura fibrilar o de tendón provocada por un esfuerzo excesivo durante una carrera o un salto, de tal manera quedarían cubiertas las fracturas,

esguinces, roturas fibrilares agudas y **no cubiertas (tendinopatías, condromalacias, artrosis, lesiones por sobreuso, degenerativas y/o preexistentes).**

La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende:

- a) Primer traslado y evacuación del lesionado a clínicas indicadas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el lesionado requiera ser hospitalizado.
- b) Primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios de diagnóstico, radiología, prótesis, osteosíntesis, rehabilitación y hospitalización.
- c) Recuperación funcional.
- d) Material ortopédico curativo, prescrito por facultativos del Asegurador: se reembolsará hasta el 70% del importe reflejado en el original de la factura abonada por el asegurado, siempre que previamente se haya solicitado al Asegurador conformidad para dicho material y éste sea necesario para la curación del lesionado. El Asegurador podrá autorizar esta prestación solo a través de determinados proveedores que comunicará al asegurado en dicha autorización, quedando exento de responsabilidad en caso de no aceptación de dichos proveedores.
- e) Gastos de locomoción del traslado del punto del accidente al centro hospitalario cuando a criterio del siniestro sea necesario el traslado por medios especiales, quedando excluidos los demás traslados. En caso de carrera oficial, los traslados del punto del accidente al centro hospitalario correrán por cuenta de la organización de la carrera siempre que haya gestionado la cobertura a través de una empresa de ambulancias.

Se hace constar expresamente que la prestación de Asistencia Médica se realizará por médicos y especialistas del cuadro médico incluido en el prestador de servicios de Lloyd's (DIGGLO - Digital Global Health Platform, S.L.).

4.- EXCLUSION DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA.

Los asegurados/as que estén recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador no podrán realizar ninguna actividad que pueda generar agravamiento de la lesión o lesiones sufridas, mientras no hayan recibido el ALTA MÉDICA O CIERRE POR ESTABILIZACIÓN. En caso contrario, el Asegurador en el momento en el que tenga conocimiento del incumplimiento de la baja deportiva procederá a la paralización del tratamiento médico que estaba recibiendo y al rechazo de las lesiones que un nuevo accidente le hubieran ocasionado.

ART. 2 INTERES ASEGURADO

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

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

a) Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo mediante lesión producida por un accidente asegurado. No quedaría cubierto el tratamiento de aquellas infecciones que se hayan producido como consecuencia de la inobservancia de alguna pauta médica o falta de higiene por parte del lesionado.

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, a las que el asegurado se haya visto expuesto como consecuencia o tras un accidente asegurado.

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

d) 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

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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.

ART. 3 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 S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestros.

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

5 - Beneficiario: en caso de fallecimiento, la persona física o jurídica que, tras designación por el Tomador y/o Asegurado, es titular del derecho a la prestación garantizada. Si no hubiera designación expresa en testamento o en póliza, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán los herederos legales del asegurado. El beneficiario no podrá ser el tomador del seguro, si este no es el asegurado, salvo consentimiento expreso del asegurado. En caso de cualquier otra prestación, el beneficiario de la misma será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario.

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

7 - Franquicia: 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: según el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro, lesión corporal o muerte que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, **sobrevenida por el hecho u ocasión de la práctica deportiva.**

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-Condición Preexistente: Cualquier deterioro físico y/o psicológico, defecto, lesión, enfermedad o proceso degenerativo que existiera y hubiera sido diagnosticado antes del inicio del Período de Seguro y que hubiera requerido, recomendado o prescrito tratamiento médico por parte de un Profesional de la Salud. Asimismo, se considerará Condición Preexistente cualquier proceso patológico, lesional, anatómico, estructural o degenerativo que haya afectado previamente a la misma zona anatómica implicada en el siniestro cuando exista evidencia de secuelas, alteraciones objetivables, inestabilidad o limitaciones funcionales que puedan, según criterio médico, predisponer razonablemente a nuevas lesiones o complicaciones.

Una lesión previa no constituye automáticamente una condición preexistente cuando haya sido completamente resuelta y exista constancia médica de recuperación funcional completa y alta médica sin secuelas ni alteraciones objetivables en la zona afectada, y no exista evidencia de antecedentes clínicos relevantes que puedan aumentar razonablemente el riesgo de recaída según criterio médico de la entidad designada por el Asegurador para la gestión del siniestro.

La obtención de alta médica o el retorno a la actividad no eliminan por sí mismos la existencia de una Condición Preexistente, salvo que quede acreditada la recuperación funcional completa sin secuelas ni alteraciones estructurales objetivables, independientemente del tipo de patología o evento previo.

La determinación de la existencia de una Condición Preexistente corresponderá exclusivamente al Asegurador o a la entidad que éste designe para la gestión del siniestro, pudiendo requerirse al asegurado la aportación de informes o historial clínico cuando resulte necesario.

15- Profesional de la Salud: una persona que está calificada por educación, entrenamiento, licencia/regulación (cuando corresponda), y que realiza un servicio profesional dentro de su ámbito de práctica e informa de manera independiente ese servicio profesional.

16- Asistencia Sanitaria: Prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos derivados de un accidente cubierto por la póliza, siempre que la atención médica se haya llevado a cabo.

17- Centros designados o aceptados por el Asegurado: centros o profesionales específicamente seleccionados, aprobados o concertados por el asegurador para brindar servicios cubiertos por la póliza.

18- Cierre por estabilización: a efectos de esta póliza, se entenderá por **Cierre por Estabilización** la facultad del Asegurador, o de cualquier entidad designada por éste para la gestión del siniestro, de declarar finalizado el expediente asistencial cuando la lesión haya alcanzado el techo de mejoría posible con el tratamiento curativo facilitado, de conformidad con criterios médicos razonables y basados en la evidencia clínica disponible.

Al alcanzarse dicho estado de estabilización lesional, quedará expresamente excluida la cobertura de tratamientos paliativos, así como cualquier asistencia dirigida a aliviar algias o sintomatología residual derivada de preexistencias, procesos degenerativos o condiciones anatómicas previas, que pudieran estar manteniendo molestias no relacionadas causalmente con el accidente cubierto.

En caso de agravaciones o influencias ajenas al accidente, el Asegurador responderá únicamente de las consecuencias que el accidente hubiera tenido de forma independiente a dichas circunstancias, conforme a lo previsto en la exclusión aplicable.

ART. 4 OBJETO DEL SEGURO

En consideración a lo siguiente:

1. El pago de la prima requerida por parte del Asegurado al Asegurador, y
2. Una Propuesta completada y otra información relevante que el Asegurador pueda requerir, las cuales están adjuntas y forman parte de este seguro,

El Asegurador se compromete a indemnizar al Asegurado o, en su caso, a pagar los beneficios y compensaciones estipulados, en la medida y forma especificadas en esta Póliza, siempre que:

1. El Asegurado cumpla con todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones contenidos en esta Póliza o en endosos adicionales.
2. La responsabilidad del Asegurador no excederá las Sumas Aseguradas o los Límites de Responsabilidad establecidos en esta Póliza.

ART. 5 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 Schedule en el Capítulo I (Se garantizan exclusivamente las Garantías relacionadas anteriormente para cada Grupo de Asegurados).

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

5. 1. MUERTE POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un accidente amparado por la póliza, se produce la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará la prestación garantizada a los Beneficiarios. Los pagos que el Asegurador pudiera haber realizado por la cobertura de incapacidad permanente como consecuencia del accidente que ocasione el fallecimiento del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de Muerte, si ésta es superior. **Esta garantía cesa al finalizar la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad establecida en el Schedule de estas condiciones.**

5. 2. INCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN BAREMO, POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente, la situación de pérdida o limitación funcional 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 Schedule de estas condiciones.** Baremo para valorar los grados de Incapacidad Permanente:

A) CABEZA DEFICITS NEUROLOGICOS DE ORIGEN CENTRAL

Deterioro absoluto de las funciones cerebrales superiores 100 %

Estado vegetativo persistente 100%

Afasia completa (Alteración total de la formación y comprensión del lenguaje) 40%

Amnesia completa de fijación 40%

Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuado 20%

SISTEMA OSEO

Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia 15 %

Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia 4%

Pérdida de sustancia importante sin posibilidad de reparación en maxilar superior e inferior con repercusión funcional 30%

SISTEMA OLFATORIO

Pérdida parcial de la nariz 10%

Pérdida total de la nariz 25%

Pérdida del olfato (Anosmia) 5%

BOCA

Pérdida de todos los dientes superior e inferior 10%

Amputación total de la lengua 30%

Pérdida del gusto (Ageusia) 5%

Ablación maxilar inferior 25%.

OIDO

Pérdida de una oreja 10%.

Pérdida de las dos orejas 25%.

Sordera total de un oído 15%

Sordera total de los dos oídos 50%

OCULAR

Ceguera de un ojo 30%

Ceguera de los dos ojos 100%

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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%.

RIÑÓN

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 de los 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%

B) EXTREMIDADES SUPERIORES

	Dominante	No Dominante
Pérdida o inutilización de ambos brazos o manos	100%	100%
Pérdida de brazo o mano y una extremidad inferior	100%	100%
Amputación a nivel del húmero	60%	50%
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50%	40%
Anquilosis o pérdida total de movimiento		
- del hombro	30%	30%
- codo	25%	25%
- pronosupinación	8%	8%
- muñeca	12%	12%
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculocutáneo	15%	10%

Parálisis completa del nervio mediano,

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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%

C) EXTREMIDADES INFERIORES

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

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:

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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. Cualquier lesión preexistente en un miembro u órgano no será incluida en la evaluación del beneficio.

En caso de que las lesiones múltiples 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.

5. 3. ASISTENCIA SANITARIA EN CUADRO MÉDICO, POR ACCIDENTE

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

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

Se consideran incluidos dentro de la prestación de esta Garantía:

1. 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.**

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 cobertura cesa al cumplir el asegurado la edad fijada en el Schedule del Capítulo I, al producirse el fallecimiento, o determinarse la incapacidad permanente del asegurado o la estabilización de las lesiones/secuelas, bajo criterio del Profesional de la Salud y en atención a los documentos médicos de los Centros designados o aceptados por el Asegurado

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 a través de los siguientes medios de contacto:

 **Para asistencias en el territorio español: +34 911 599 590**

 **Para asistencias en el extranjero: +34 911 599 590**

 asistencia@digglo.es

 <http://digglo.es/>

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

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

El accidente debe comunicarse a la aseguradora o a su prestador de servicios en un plazo no superior a 7 días desde la ocurrencia del mismo. Posteriormente, se verificará (a través de correo electrónico federativo o a través de Parte de Accidente según se establezca), la idoneidad de la asistencia.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

El accidentado deberá aportar toda la información solicitada en el mínimo período de tiempo posible, incluyendo el Parte de Accidentes si así se estipula debidamente cumplimentado y sellado por parte del colectivo al que pertenezca.

En los supuestos que no sea verificado el accidente (correo electrónico federativo o parte de accidentes) el coste de la prestación sanitaria correrá a cargo del asegurado.

Autorización de Asistencia médica

Cualquier prestación de asistencia sanitaria posterior a la Asistencia de Urgencia, debe ser autorizada previamente por el Tomador.

La asistencia sanitaria recibida sin la autorización específica del Tomador carece de cobertura, salvo lo indicado en caso de urgencia vital.

La autorización de la asistencia médica sucesiva se solicitará a través de los medios de contacto facilitados.

Urgencias vitales

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

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

El Asegurador abonará al Centros designados o aceptados por el Asegurado 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, y cuando el estado del accidentado lo permita a criterio médico, el accidentado deberá ser trasladado a un Centros designados o aceptados por el Asegurado para continuar su tratamiento.

El Asegurador no asumirá el coste de las prestaciones una vez superado el plazo de 48 horas indicado en Centros que no pertenezcan al Centros designados o aceptados por el Asegurado, salvo autorización expresa.

ART. 6. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

El Asegurador no pagará ninguna reclamación que surja de o sea atribuible a:

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 200mg 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 3.010 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.

- **Lesiones corporales derivadas de cualquier Condición Preexistente (preexistencia de por vida):** Cualquier deterioro físico y/o psicológico, defecto, lesión, enfermedad o proceso degenerativo que existiera y hubiera sido diagnosticado antes del inicio del Período de Seguro y que hubiera requerido, recomendado o prescrito tratamiento médico por parte de un Profesional de la Salud. Asimismo, se considerará Condición Preexistente cualquier proceso patológico, lesional, anatómico, estructural o degenerativo que haya afectado previamente a la misma zona anatómica implicada en el siniestro cuando exista evidencia de secuelas, alteraciones objetivables, inestabilidad o limitaciones funcionales que puedan, según criterio médico, predisponer razonablemente a nuevas lesiones o complicaciones. Una lesión previa no constituye automáticamente una condición preexistente cuando haya sido completamente resuelta y exista constancia médica de recuperación funcional completa y alta médica sin secuelas ni alteraciones objetivables en la zona afectada, y no exista evidencia de antecedentes clínicos relevantes que puedan aumentar razonablemente el riesgo de recaída según criterio médico.

La obtención de alta médica o el retorno a la actividad no eliminan por sí mismos la existencia de una Condición Preexistente, salvo que quede acreditada la recuperación funcional completa sin secuelas ni alteraciones estructurales objetivables, independientemente del tipo de patología o evento previo.

La determinación de la existencia de una Condición Preexistente corresponderá exclusivamente al Asegurador o a la entidad que éste designe para la gestión del siniestro, pudiendo requerirse al asegurado la aportación de informes o historial clínico cuando resulte necesario.

- **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 sin la cualificación profesional legalmente requerida.**
- **Utilización de helicóptero, avioneta y aviones privados. Cualquier otra aeronave de uso no estricto para el transporte público de pasajeros. Se excluye también la práctica de deportes aéreos, como ala delta, vuelo sin motor, paracaidismo y similares.**
- **Todo tipo de enfermedades, así como consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.**
- **Ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional o percibiendo cualquier tipo de remuneración**
- **Los accidentes que produzcan únicamente efectos psíquicos.**
- **Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes, y ésta sea la causa del accidente.**
- **Participación en carreras de vehículos de motor, incluso en entrenamientos, así como uso en circuitos.**

La práctica del 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 aeronáuticos, alpinismo, puénting, rafting, descenso de los barrancos y otros de similar riesgo.

Solo mediante el pago de la prima correspondiente y previa aceptación por el asegurador, que quedará reflejada en las Condiciones Particulares, podrán ser asegurables los siguientes casos: Artes marciales, gimnasia deportiva, deportes náuticos y esquí de nieve.

- **Tratamientos o material de ortopedia con finalidad preventiva o paliativa, sin que modifiquen el pronóstico final, así como rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.**
- **Salvo pacto en contrario, los accidentes derivados del ejercicio de las siguientes profesiones: Tripulaciones aéreas; Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Guardas Jurados; Buzos o submarinistas; Profesionales del toreo; Trapecistas, acróbatas, equilibristas y domadores de animales salvajes; Mineros en galerías y/o con explosivos.**
- **Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.**
- **Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.**

-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.

- 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, máser o ultravioletas, generados artificialmente.

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

- Las lesiones ocasionadas por agresiones personales, que pudieran sufrirlas deportistas cubiertos por esta póliza en cualquiera de sus actividades deportivas.

- En caso de accidente de tráfico, el seguro obligatorio del automóvil cubrirá todos los derechos y acciones del asegurado cubierto por la póliza de seguro obligatorio.

- Todas las patologías degenerativas también están excluidas de la cobertura de este acuerdo, incluyendo, pero no limitado a, osteoartritis, artritis reumatoide, hernias discales y/o cualquier enfermedad del sistema musculoesquelético como la artritis séptica, la enfermedad de Paget, la osteoporosis, la enfermedad de Dupuytren, etc..

- Las hernias de cualquier clase (excepto las hernias producidas por un accidente deportivo de los cubiertos en póliza).

- Las consecuencias de operaciones quirúrgicas anteriores a la contratación de esta póliza.

- Las consecuencias de operaciones quirúrgicas no relacionada con lesiones deportivas.

- Los envenenamientos.

- Los actos delictivos.

- Las lesiones producidas a consecuencia de enfermedades congénitas o Condición preexistente a la contratación de la póliza.

- Las lesiones que no obedezcan a causa súbita y violenta externa o que deriven de sobreesfuerzos, según la definición de accidente del RD 849/1993.

- La asistencia realizada en centros no concertados por el gestor del siniestro a excepción de la urgencia vital y siempre previa autorización de la compañía, a excepción de las atenciones urgentes.

- No se tendrá cobertura en eventos o actividades deportivas (pruebas) que no pertenezcan o estén homologadas por la Federación Canaria de Motociclismo, resto de Federaciones Autonómicas que pertenezcan o no estén homologadas por la federación asegurada o el resto de federaciones autonómicas, estatales y/o internacionales en las que intervengan federados de la federación asegurada

- Queda expresamente excluida la práctica privada de dicho deporte.

- Gastos de odonto-estomatología en exceso de 400,00 €.

- Asistencia médica en el extranjero por importe superior a 6.500,00 €.

- Todo material prescrito en servicios ajenos a la compañía aseguradora

- El material ortésico prescrito para la prevención de accidentes.

- El material prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas.

- Los gastos derivados de la rehabilitación en los casos siguientes:

o Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

o Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas (no existe causa definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y antiestrés.

o Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.

o Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.

o Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.

- Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.

- El transporte sanitario, excepto el indicado en las coberturas.

No se realizan traslados a domicilio, ni a centros concertados del lugar de residencia del lesionado/a por encontrarse este desplazado/a; ni traslados a consultas, pruebas, o tratamientos, salvo casos excepcionales, previa autorización de la compañía.

- Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos (huesos, cartílagos, tendones...) de donante vivo o donante cadáver (incluido el material sintético sustitutivo).

- Tratamientos que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.

- Los gastos de farmacia ambulatoria.

- Los gastos originados cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica del deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.

- No están comprendidos dentro de la cobertura de la póliza, las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina. En cualquier caso, la compañía aseguradora, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

- No se considerarán cubiertos:

o 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 Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, o bien que se hayan quedado manifiestamente superados por otras disponibles.

o 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.

o 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.

o 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.

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

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

-No quedará cubierto el material ortopédico físico mecánico, electrónico, simple o articulado, tampoco los exoesqueletos, ni los elementos de ayuda a la deambulación, que no se encuadran dentro de la ortopedia curativa, cubierta en póliza.

- No estarán cubiertas, en ningún caso, 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 o Condición Preexistente.

-Quedan expresamente excluidas de la cobertura de la presente póliza deportiva todas las intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos, procedimientos o actos asistenciales realizados con fines estéticos, cosméticos o de embellecimiento, así como cualquier complicación, secuela o tratamiento derivado directa o indirectamente de los mismos, sin excepción alguna.

A los efectos de esta exclusión, se entenderán comprendidos, entre otros, los siguientes supuestos:

o Cirugías plásticas, reconstructivas o reparadoras efectuadas por motivos exclusivamente estéticos.

o Procedimientos destinados a modificar o mejorar la apariencia física sin causa patológica o lesión accidental derivada de la práctica deportiva.

o Implantes, injertos, prótesis o tratamientos de carácter estético o cosmético no vinculados a la recuperación funcional de una lesión deportiva.

o Gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos o de rehabilitación relacionados con dichos actos o sus complicaciones.

En consecuencia, no existirá cobertura, reembolso ni obligación indemnizatoria por parte del asegurador en los supuestos descritos, incluso cuando la intervención estética o sus efectos se produzcan con posterioridad a una lesión, accidente o evento deportivo cubierto por la póliza, siempre que su finalidad sea estética y no funcional o reconstructiva necesaria para la recuperación del deportista.

Exclusión de Enfermedades Infecciosas o Contagiosas Durante una ESPII:

1. **Exclusión de Cobertura:** Esta póliza no cubre reclamaciones causadas por o resultantes de una enfermedad infecciosa o contagiosa cuyo brote haya sido declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. **Aplicación Temporal:** Esta exclusión se aplica a las reclamaciones realizadas después de la fecha de dicha(s) declaración(es), excepto cuando un diagnóstico relevante haya sido realizado por un médico calificado antes de la fecha de dicha(s) declaración(es).
3. **Duración de la Exclusión:** Esta exclusión continuará aplicándose hasta que la OMS cancele o retire cualquier ESPII relevante.
4. **Definición de Enfermedad Infecciosa o Contagiosa:** Se refiere a cualquier enfermedad capaz de ser transmitida desde una persona, animal o especie infectada a otra persona, animal o especie por cualquier medio.

LMA 5500

13/05/2020

ART. 6 CLAUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004 de 29 de octubre, 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, y que afecten a riesgos en ella situados y, en el caso de daños a las personas, también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

- 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 embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) 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 radioactivos. No obstante, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- g) 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 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.
- h) 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.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

i) Los causados por mala fe del asegurado.

j) Los derivados de siniestros por fenómenos naturales que causen daños a los bienes o pérdidas pecuniarias cuando la fecha de emisión de la póliza o de efecto, si fuera posterior, no preceda en siete días naturales a aquél en que ha ocurrido el siniestro, salvo que quede demostrada la imposibilidad de contratación anterior del seguro por inexistencia de interés asegurable. Este período de carencia no se aplicará en el caso de reemplazo o sustitución de la póliza, en la misma u otra entidad, sin solución de continuidad, salvo en la parte que fuera objeto de aumento o nueva cobertura. Tampoco se aplicará para la parte de los capitales asegurados que resulte de la revalorización automática prevista en la póliza

k) 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.

l) En el caso de los daños a los bienes, los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de las pérdidas pecuniarias delimitadas como indemnizables en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional"

n) En el caso de la responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, los daños personales derivados de esta cobertura

3. Franquicia

I. La franquicia a cargo del asegurado será:

a) En el caso de daños directos, en los seguros contra daños en las cosas la franquicia a cargo del asegurado será de un siete por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, no se efectuará deducción alguna por franquicia a los daños que afecten a viviendas, a comunidades de propietarios de viviendas, ni a vehículos que estén asegurados por póliza de seguro de automóviles.

b) En el caso de pérdida pecuniarias diversas, la franquicia a cargo del asegurado será la misma prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños que sean consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.

c) Cuando en una póliza se establezca una franquicia combinada para daños y pérdida de beneficios, por el Consorcio de Compensación de Seguros se liquidarán los daños materiales con deducción de la franquicia que corresponda por aplicación de lo previsto en el apartado a) anterior, y la pérdida de beneficios producida con deducción de la franquicia establecida en la póliza para la cobertura principal, minorada en la franquicia aplicada en la liquidación de los daños materiales.

II. En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia

4. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes o personas, así como las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios

2. No obstante lo anterior:

a) En las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable, aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.

b) Cuando los vehículos únicamente cuenten con una póliza de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará el valor del vehículo en el estado en que se encuentre en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro según precios de compra de general aceptación en el mercado.

c) 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 (902 222 665 o 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.

16/05/18

LSW1682C-14

CAPITULO III

ART. 7 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.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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:

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

a) Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.

b) Parte de Baja y Alta médica o, en caso de no estar inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, certificado del médico que le atiende.

-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.

CAPITULO IV

ADMINISTRACION DEL LA POLIZA

ART. 8 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.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador o el Asegurado, en su caso, pagó su prima.

ART. 9 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.

ART. 10 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 indicará, 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. El importe de la prima resultante del ajuste final del número de miembros de la federación no podrá ser inferior al 85% de la prima neta original, cobrada al inicio 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.

CAPITULO V

CUESTIONES FUNDAMENTALES DE CARÁCTER GENERAL

ART. 11 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.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

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 10º. 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, 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 NBB y FSMA Belgas, 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. 10º. 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.

Todas las primas para la Aseguradora incluidos los impuestos deben ser abonados a AON Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, SAU.

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. 10º. 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. 10º. 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. 10º. 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. 10º. 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.

Todas las comunicaciones, pagos y avisos de siniestros prestados por el tomador del seguro efectuadas al corredor se consideran entregados a la Aseguradora. AON Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U., con autorización DGSFP J0107 y RJ0033 (Calle Velazquez 86, Madrid, 28006) está obligada a reenviar inmediatamente esta información a la Aseguradora.

Si la validez o los efectos de una comunicación dependen de un plazo, se tendrá en cuenta la fecha de entrada a AON Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U.

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:

El mediador de seguros: AON Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U.

CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS

Cláusula de Aviso de Protección de Datos

Quiénes somos

Somos Lloyd's Insurance Company S.A. (en adelante, "Lloyd's Europe"), una compañía de seguros autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica (NBB) y supervisada por la Autoridad de Servicios y Mercados Financieros (FSMA). Nuestra oficina registrada se encuentra en Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, 14º piso, 1050 Ixelles, Bélgica. Nuestro número de empresa/IVA es BE 0682.594.839, RPR/RPM Bruselas. LIC es una subsidiaria de propiedad total de la Sociedad de Lloyd's, ubicada en 1 Lime Street, Londres, EC3M 3HA, Reino Unido (Society of Lloyd's).

Qué información personal procesamos sobre usted

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

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

información incluye detalles como su nombre, dirección y datos de contacto, así como cualquier otra información que recopilamos sobre usted en relación con la cobertura de seguro o la cobertura de la que usted 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 su información personal y la base legal para el procesamiento

Recopilamos y utilizamos sus datos personales para proporcionarle la cobertura de seguro. La base legal es la ejecución del contrato con usted como sujeto de datos y el cumplimiento de obligaciones legales, entre otras obligaciones de derecho de seguros y fiscales. Para el procesamiento de datos personales sensibles de salud, la base legal general es el consentimiento, a menos que exista un derecho legal local que lo permita. Para el procesamiento de datos personales de menores, la base legal es el consentimiento otorgado o autorizado por el titular de la responsabilidad parental sobre el menor. Finalmente, también podemos procesar sus datos personales para la prevención y detección de fraudes con el interés legítimo como base legal.

Con quién compartimos sus datos personales

El funcionamiento del seguro implica que su información puede ser compartida y utilizada por varias terceras partes en el sector de seguros (dentro y fuera del Espacio Económico Europeo-EEE). Por ejemplo, aseguradoras, agentes de seguros o corredores de seguros, reaseguradoras, peritos de siniestros, subcontratistas, reguladores, agencias de aplicación de la ley, agencias de prevención y detección de fraudes y delitos, y bases de datos de seguros obligatorios. Solo divulgaremos su información personal en relación con la cobertura de seguro que se proporciona, y en la medida en que sea necesario o permitido por la ley. Ocasionalmente, es posible 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:

- Solo transferiremos su información personal a países que sean reconocidos por proporcionar un nivel adecuado de protección legal o donde podamos estar satisfechos de que existen arreglos alternativos para proteger sus derechos de privacidad.
- Las transferencias a proveedores de servicios y otras terceras partes siempre estarán protegidas por compromisos contractuales y, cuando corresponda, garantías adicionales.
- Cualquier solicitud de información que recibamos de las fuerzas del orden o reguladores será cuidadosamente verificada antes de divulgar información personal.

Cuánto tiempo conservamos sus datos

Conservamos sus datos personales solo durante el tiempo necesario para ofrecer el seguro contratado o para cumplir con nuestros requisitos legales o regulatorios. Eliminaremos o borraremos de forma segura su información personal si no existe una razón comercial válida para retener sus datos. En circunstancias excepcionales, podemos conservar su información personal por períodos de tiempo más prolongados si creemos que existe la posibilidad de litigio, en caso de cualquier queja o si existe otra razón comercial válida por la que los datos serán necesarios en el futuro.

Detalles de otras personas que nos proporciona

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

Quejas, contacto con nosotros y el regulador, y sus derechos

Si desea saber cómo utilizamos su información o ver una copia de nuestra Política de Privacidad completa, comuníquese con nosotros a LloydsEurope.dataprotection@lloyds.com o visite la Política de Privacidad en el sitio web

<https://www.lloydseurope.com> donde encontrará todos los detalles. Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información que tenemos sobre usted: derecho de acceso, derecho de rectificación, derecho de supresión, derecho de restricción del procesamiento, derecho a la portabilidad de los datos, derecho de oposición, derecho a retirar el consentimiento. Si desea ejercer sus derechos, debe comunicarse con el agente o corredor de seguros que gestionó su seguro en: [Inserte nombre, dirección de correo electrónico y datos de contacto del agente o corredor de seguros que gestionó el contrato.] Tiene derecho a presentar una queja ante la autoridad de protección de datos competente, pero le recomendamos que se comunique con nosotros antes de hacerlo.

Consentimiento

Para el procesamiento de datos personales de salud o genéticos, y para el procesamiento de datos personales de menores de

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

16 años en relación con la cobertura de seguro, el agente o corredor de seguros que gestionó el contrato le solicitará que obtenga su consentimiento a través del formulario de consentimiento de protección de datos, excepto en países donde, para el procesamiento de datos personales sensibles de salud, en el contexto de una póliza de seguro, exista un derecho legal local para hacerlo. El procesamiento de datos personales de menores será lícito si el consentimiento es otorgado o autorizado por el titular de la responsabilidad parental sobre el menor. Los Estados miembros pueden prever por ley una edad inferior para esos fines, siempre que dicha edad no sea inferior a 13 años. Usted es libre de otorgarnos su consentimiento; sin embargo, si no nos lo otorga, o si retira su consentimiento, esto puede afectar nuestra capacidad para proporcionarle la cobertura de seguro de la que se beneficia y puede impedirnos proporcionarle cobertura o gestionar sus reclamaciones.

Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos

Si tiene alguna pregunta relacionada con la protección de datos que crea que podemos responder, comuníquese con nuestro

Delegado de Protección de Datos:

Delegado de Protección de Datos

Lloyd's Insurance Company S.A.

Bastion Tower

Place du Champ de Mars 5

1050 Bruselas

Bélgica

Correo electrónico: LloydsEurope.dataprotection@lloyds.com

LBS0046D

17/03/2023

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS: CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA DATOS PERSONALES DE MENORES

Nosotros, Lloyd's Insurance Company S.A. (en adelante referida como "Lloyd's Europe") y otros participantes del mercado asegurador, actuando en nombre de Lloyd's Europe, solicitamos su consentimiento para procesar los datos personales de menores como base legal, con el fin de cumplir con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y las leyes locales de privacidad.

Se requiere que los menores de 16 años cuenten con un formulario de consentimiento firmado por sus padres o tutores antes de que Lloyd's Europe procese los datos personales de los menores.

Si desea saber cómo utilizamos su información o ver una copia de nuestra Política de Privacidad completa, por favor contáctenos a través de LloydsEurope.dataprotection@lloyds.com o visite la Política de Privacidad en nuestro sitio web: <https://www.lloydseurope.com>, donde encontrará todos los detalles.

¿Autoriza el procesamiento de los datos personales de su hijo(a) en relación con la cobertura de su seguro?

Sí___ / No___

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Nombre y apellidos del menor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre y apellidos del padre/madre o tutor legal: _____

Número de póliza (a ser completado por el Coverholder o agente gestor): _____

LBS0087

17/03/2023

CLAUSULA DE SUSPENSION POR SANCIONES

Es una condición de este (re)seguro, y el (re)asegurado acuerda, que la provisión de cualquier cobertura, el pago de cualquier reclamación y la provisión de cualquier beneficio bajo este acuerdo se suspenderán en la medida en que la provisión de tal cobertura,

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

pago de tal reclamación o provisión de tal beneficio por parte del (re)asegurador expondría a dicho (re)asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo:

a. resolución(es) de las Naciones Unidas; o

b. las sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

Dicha suspensión continuará hasta el momento en que el (re)asegurador ya no esté expuesto a dicha sanción, prohibición o restricción.

LMA3200

05/10/2024

CLÁUSULA DE EMPLAZAMIENTOS JUDICIALES Y JURISDICCIÓN

Se acuerda que el presente Seguro estará sometido exclusivamente a la ley y práctica de España, y que cualquier litigio relativo o en relación con este Seguro estará sujeto exclusivamente a la jurisdicción de los tribunales competentes de España.

Lloyd's Insurance Company S.A. acuerda por la presente que cualquier citación, emplazamiento o procedimiento que deba ser notificado para el ejercicio de acciones judiciales en su contra en relación con el presente Seguro, se entenderá correctamente efectuado si se dirige a ésta y se notifica en

Representante de Lloyd's Insurance Company SA en España
Paseo de la Castellana 216, 8ª planta
28046 Madrid, España

quien, en este caso tiene autoridad para aceptar la notificación en su nombre.

Lloyd's Insurance Company S.A., al otorgar la autoridad mencionada, no renuncia a su derecho a cualquier aplazamiento o término especial al que pudiera tener derecho por la notificación de cualquier demanda, emplazamiento o procedimiento por razón de su residencia o domicilio en Bélgica.

La presente Cláusula de Emplazamientos Judiciales y Jurisdicción no debe interpretarse de forma que entre en conflicto o anule las obligaciones de las partes para resolver sus litigios de la manera establecida en cualquier otra cláusula de esta Póliza y, en la medida en que sea procedente, se aplicará para dar efecto a ese proceso

LBS0006A

CLÁUSULA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Cualquier queja o reclamación debe dirigirse a:

Director de Servicios
Equipo de Operaciones
Lloyd's Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Marsveldplein 5
1050 Bruselas
Bélgica

Telf.: +32 (0)2 227 39 40

Correo electrónico: lloydseurope.complaints@lloyds.com

Se acusará recibo de su reclamación por escrito, en el plazo de 5 (cinco) días laborales tras su recepción.

Se le comunicará la decisión sobre su queja o reclamación, por escrito, en un plazo de 2 (dos) meses a partir de la recepción de la misma.

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

En caso de no quedar satisfecho con la respuesta final o si no ha recibido una respuesta final en el plazo 2 (dos) meses a partir de la recepción de la queja o reclamación, podrá someter voluntariamente su disputa a arbitraje, en los términos de la Ley Española General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y legislación subordinada relacionada, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje para el caso de que las partes sometan sus divergencias a la decisión de uno o más árbitros.

Usted podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros de España. Los datos de contacto son las siguientes:

Dirección General de Seguros
Pº Castellana, 44
28046 Madrid
España

Telf.: 952 24 99 82

Sitio web: www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/ProteccionAsegurado/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx

Si contrató su seguro online, también puede presentar una queja a través de la plataforma de resolución de litigios online (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

Puede interponer una acción legal ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro.

Las anteriores instancias de reclamación son sin perjuicio de su derecho a interponer una acción legal o acudir a un mecanismo alternativo de solución de conflictos de conformidad con sus derechos contractuales.

LBS0034B

28/01/2022

CLÁUSULA DE DISCREPANCIAS

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora 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

CLAUSOLA DE INCIDENTE CIBERNÉTICO Y EXCLUSIÓN DE ACTO CIBERNÉTICO

Cualquier beneficio por Lesiones Corporales o Enfermedades causadas por o derivadas de un Incidente Cibernético se pagará sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta póliza. Esta póliza no proporciona cobertura bajo ninguna circunstancia para cualquier Lesión Corporal o Enfermedad que surja directa o indirectamente de cualquier Acto Cibernético.

"acto cibernético" se entiende un acto delictivo no autorizado o malicioso o una serie de actos delictivos conexos no autorizados, independientemente del tiempo y el lugar, que impliquen el acceso, el procesamiento, la utilización o el funcionamiento de cualquier sistema informático.

Por "*incidente cibernético*" se entiende:

- 1.cualquier error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados que impliquen el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier Sistema Informático; o
- 2.cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades parciales o totales relacionadas con el acceso, procesamiento, uso o funcionamiento de cualquier Sistema Informático.

Por Sistema Informático se entiende cualquier computadora, hardware, software, sistema de comunicaciones, dispositivo electrónico (incluyendo, pero no limitado a, teléfono inteligente, computadora portátil, tableta, dispositivo wearable), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o cualquier configuración de los anteriores e incluyendo cualquier entrada,

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.

salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de red o instalación de respaldo asociados, propiedad de o explotada por el asegurado o cualquier otra parte.

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN PRE-CONTRACTUAL - ESPAÑA (LPS)

De conformidad con la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, la Aseguradora cuya cobertura se ha solicitado, declara:

1.El contrato de seguro se celebra con Lloyd's Insurance Company S.A. Lloyd's Insurance Company S.A. es una sociedad anónima de nacionalidad belga, con domicilio social en Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruselas, Bélgica e inscrita en el Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con el número 682.594.839 RLE (Bruselas). Es una compañía de seguros sujeta a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica. Su Número de Referencia y otros datos se pueden encontrar en www.nbb.be. Dirección del sitio web: www.lloydseurope.com.

Correo electrónico: lloydseurope@lloyds.com

2.Lloyd's Insurance Company S.A. está autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Bruselas, Bélgica, y está regulada por la Autoridad de Servicios Financieros y Mercados, Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruselas, Bélgica.

3.Salvo que se establezca lo contrario en el contrato de seguro, la legislación aplicable es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa de desarrollo o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

4.El Informe sobre la Situación Financiera y de Solvencia de Lloyd's Insurance Company S.A. está disponible en www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

LBS0021C

28/01/2022

CLÁUSULA DE RECONOCIMIENTO

Por la presente, el TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO reconoce expresamente haber recibido del ASEGURADOR, por escrito y en fecha de firma del cuestionario correspondiente, la oportuna información relativa al Estado miembro del domicilio del ASEGURADOR y su autoridad de control, denominación social, dirección y forma jurídica del ASEGURADOR.

Igualmente, el TOMADOR DEL SEGURO reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Generales, Especiales, y las Particulares que integran esta PÓLIZA manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas.

A..... de.....de ,

.....

El Tomador y/o Asegurado

CLAUSULA DE ACEPTACIÓN DE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS

De conformidad con lo dispuesto en el art. 3º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas que pudieran ser consideradas restrictivas de los derechos del ASEGURADO han sido resaltadas especialmente en **negrita**. El TOMADOR/ASEGURADO deja

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.



constancia, por medio de su firma, de haber examinado y entendido dichas cláusulas especialmente destacadas, así como de su conformidad con cada una de ellas.

A..... de.....de ,

.....

El Tomador y/o Asegurado

El Tomador del seguro (firma y sello)

Firmado en nombre y por cuenta
de Lloyd's Insurance Company S.A.