PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO ACCIDENTE DEPORTIVO: SEGURO ACCID. COLECTIVO DEPORT - 15: DEPORTIVO SOD

DURACIÓN DEL SEGURO

EFECTO DESDE	**00:00**	**DEL**	**01/01/2025**
VENCIMIENTO A	**00:00**	**DEL**	**01/01/2026**

LA FECHA DE EFECTO PARA ESTE SUPLEMENTO ES 19.05.2025 A LAS 00:00 - (Suplemento nº:14)

FORMA DE CONTRATACIÓN
ANUAL RENOVABLE

DOMICILIO DE COBRO
Sin domiciliaciòn bancaria

FORMA DE PAGO
ANUAL

TOMADOR: G46402434 - FEDERACION AJEDREZ COMUNIDAD VALENCIANA
CL/ GUILLEN DE CASTRO, 65, 9ª - 46008 - Valencia

ASEGURADO: Los federados con licencia en vigor y no federados como consecuencia de accidente durante la práctica de la disciplina asegurada.

BENEFICIARIOS: El asegurado o asegurados de la póliza. En caso de fallecimiento del asegurado, sus herederos legales.

GARANTIAS CONTRATADAS	SUMA ASEGURADA	CARENCIA	FRANQUICIA	LIMITE PRESTACIÓN	REVAL.
2801 FALLECIMIENTO ACCIDENTE	6.010,12 EUR				0 %
2845 INCAPACIDAD ACCIDENTE SEGUN BAREMO	12.020,24 EUR				0 %
2839 ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTE	ILIMITADA		0 días	548 días	0 %

DELIMITACIÓN DE COBERTURA DE GASTOS ASISTENCIALES POR ACCIDENTE:

Importe máximo para Cobertura de Material Protésico y Endoprotésico:	ILIMITADA	Cobertura en Centros Asistenciales Públicos No Concertados:	EXCLUIDO
Importe máximo para Cobertura de Material Ortopédico:	ILIMITADA	Cobertura en Centros Asistenciales Privados No Concertados:	EXCLUIDO
Período máximo Cobertura de Asistencia Dental en Centros Concertados:	548 DÍAS	Cobertura URGENCIA VITAL en Centros No Concertados, hasta:	3.000,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico Dental:	400,00 EUR		

PRIMA NETA:	1.202,50 EUR
IMPUESTOS:	98,02 EUR
CONSORCIO:	117,20 EUR
RECARGO:	0,00 EUR
PRIMA TOTAL:	1.417,72 EUR

CLÁUSULAS ESPECIALES
SON APLICABLES A ESTE CONTRATO LAS SIGUENTES CLÁUSULAS: C014.C015.C019.C020.C057.C089.C090.C091.C093.C101.C102.C806.C816.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

LA MUTUALIDAD ASEGURADORA

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CLÁUSULAS ESPECIALES
1 - 15: DEPORTIVO SOD

A001
Las coberturas del presente contrato conforman las prestaciones descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio. En ningún caso cubre las garantías establecidas en el artículo 23.3 de la Ley 39/2022 del Deporte, que indica que la cuantía de las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo será, como poco, la del baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados en accidente de circulación. Por lo tanto, será responsabilidad de la Federación cualquier reclamación que pudiera realizarse por parte de los federados respecto a otras indemnizaciones diferentes de las amparadas por esta póliza.

En el caso de que Previsión Balear modifique las coberturas de la póliza para adaptarlas a la nueva reglamentación que se pudiera aprobar con motivo del desarrollo reglamentario de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre del Deporte, el Tomador de la póliza tendrá un mes para aceptar de manera expresa la modificación contractual o la póliza se extinguirá automáticamente.

A002

ÁMBITO DE COBERTURA: Los accidentes que puedan sufrir los jugadores durante la práctica de la disciplina asegurada.

El tomador debe aportar listado nominal de los participantes por categoría.

Se establece como prima mínima 900 euros en base a 1.800 asegurados.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS:
Quedarán fuera de cobertura las lesiones no accidentales o derivadas de una patología preexistente, así como también, el infarto de miocardio, el infarto cerebrovascular y la deshidratación.
No quedan cubiertos deportistas subvencionados con becas ADO. Para deportistas con compensación económica y no profesionales sus tarifas se calcularán caso a caso.

EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MÉDICA.
En tanto en cuanto el asegurado esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

C014 **Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:**
- Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
- Los siniestros que deriven de una enfermedad.
- Los siniestros cuya única manifestación es el dolor.

Se excluye además de la cobertura del contrato:
- Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza.
- La agravación de cualquier siniestro derivado de accidente si dicha agravación se debe a una enfermedad.
- Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado de las normas elementales de prevención de riesgos laborales según la legislación vigente.
- Cualquier otro de los RIESGOS EXCLUIDOS que expresamente se detallan y relacionan en el modelo Condiciones Generales que se hace entrega junto con las presentes Condiciones Particulares y Cláusulas Especiales.

La ocultación de datos relevantes para la valoración de los riesgos de las actividades o del estado de salud a asegurar, anteriores a la fecha de formalización de la póliza podrá dar lugar a la resolución automática del contrato de seguro.

C015 Contenido de la Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:
- Consulta médica y enfermería de urgencia.
- Consultas sucesivas de médicos especialistas.
- Material e instrumental necesario para curas y yesos.
- Hospitalización e intervención quirúrgica: Honorarios médicos y ayudantías, anestesistas, gastos hospitalarios y de quirófano en hospitalización médica o quirúrgica derivada de accidente cubierto por la póliza. Gastos de farmacia en hospitalización.
- Material ortopédico y prótesis y endoprótesis óseas, hasta los límites que respectivamente se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza. **En ningún caso estarán cubiertas por la póliza las prótesis externas como gafas, cristales, monturas, lentillas y elementos de similar naturaleza.**
- Rehabilitación.
- Pruebas diagnosticas requeridas por los especialistas para el tratamiento de las consecuencias de los accidentes cubiertos: Resonancias Magnéticas, Radiografías, Tac, Ecografías.

Asimismo, se hace constar que el límite establecido en procesos infecciosos o patológicos acaecidos por una asistencia tardía o deficiente realizada por un Centro No Concertado de la Póliza es el indicado en las Condiciones Particulares para el caso de Urgencia Vital.

C019 **A los efectos del presente seguro no tendrá la consideración de accidente el infarto de miocardio ni el accidente cerebro-vascular.**

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CLÁUSULAS ESPECIALES
1 - 15: DEPORTIVO SOD

C020 Las coberturas del presente contrato conforman las prestaciones descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio, contratadas para la asistencia derivada de accidente de los asegurados en el transcurso de competiciones oficiales, entrenamientos organizados por el Club, Federación o Asociación Deportiva en que el asegurado se encuentre integrado, e in itínere durante el trayecto normal de traslado. **En ningún caso cubre las garantías establecidas en el artículo 23.3 de la Ley 39/2022 del Deporte, que indica que la cuantía de las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo será, como poco, la del baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados en accidente de circulación.** Por lo tanto, en caso de fallecimiento o indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales derivadas de accidente deportivo, se estará a los capitales establecidos en póliza, no pudiendo, en ningún caso, entenderse que quedan cubiertos los capitales del baremo de accidentes de circulación.

C057 El Tomador del seguro reconoce expresamente que con anterioridad a la celebración de este contrato la Mutualidad le ha informado de la legislación aplicable al mismo y de las diferentes instancias de reclamación en caso de litigio.

C089 ESPECIFICACIONES EN EL CONTENIDO DE LA COBERTURA DEL SEGURO DEPORTIVO:
- La cobertura al asegurado se circunscribe exclusivamente a la actividad deportiva por la que se contrata el presente seguro.
- El asegurado en caso de accidente deberá llamar al teléfono 900 720 210 si la asistencia se produce en las Islas Baleares y al 913 840 330 para el resto del territorio nacional, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.
- **En la asistencia realizada en el extranjero el accidentado acudirá al Centro Asistencial más próximo, reembolsándose el coste de la asistencia hasta un importe máximo por accidente de 6.010,12 €.**
- Las pruebas de diagnóstico y contraste se efectuarán siempre a criterio médico.
- **Las facturas de material ortopédico serán reembolsadas hasta el 70 por ciento del importe de las mismas.**
- Los costes de honorarios en la asistencia dental en Centros Concertados se cubren íntegramente hasta el período máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- El injerto ligamentoso de tejido transplantado desde otro cuerpo no se considerará prótesis ni endoprótesis ósea, quedando fuera de cobertura el coste de su adquisición salvo que expresamente se indique su inclusión para la presente Póliza.
- En accidentes en competición oficial, se reflejará su ocurrencia en las Actas correspondientes.
- En accidentes en los entrenamientos, el Club, Asociación o el entrenador darán fe ante el Tomador y ante Previsión Balear, MPS de las circunstancias en que se hayan producido tales accidentes.
- El alta médica tras una intervención quirúrgica cubierta por la póliza no implica el alta del asegurado para reemprender la práctica de la actividad deportiva. Por ello, el asegurado deberá aportar Certificado de los Servicios Médicos del Tomador o de un profesional médico especializado en Medicina Deportiva, en el que se indicará en relación a la intervención padecida la plena aptitud del asegurado para volver a practicar el deporte que venía desarrollando. Mientras no presente dicho Certificado Médico, quedará excluida de cobertura las secuelas, recaídas o recidivas derivadas del mismo tipo de lesión por la que el asegurado fue intervenido.
- El tratamiento de lesiones o dolencias deportivas no derivadas de accidente no se encuentran cubiertas por la presente póliza.
- **El capital de fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, el importe de la prestación será de 1.803,04 €**

C090 En caso de asistencia por URGENCIA VITAL el asegurado podrá ser atendido en el Centro Asistencial más próximo y las facturas que deriven de la asistencia prestada en 24 primeras horas desde el momento del accidente serán a cargo de la Mutualidad. Una vez superada la primera asistencia de URGENCIA VITAL, y solo cuando el estado del accidentado lo permita, éste será trasladado a un Centro Asistencial Concertado para continuar su tratamiento. En caso de permanencia en el Centro Asistencial no concertado, la Mutualidad no asumirá el pago de las facturas derivadas de todos los servicios que se le puedan prestar. En base a lo anterior, y salvo los casos de URGENCIA VITAL según las condiciones anteriormente descritas, quedarán expresamente excluidas de cobertura y serán siempre con cargo del propio asegurado cualquier tipo de asistencia practicada por cualquier Centro Asistencial Público o Privado no incluido en la relación de Centros Concertados de la Mutualidad. Si los gastos se facturan a la Mutualidad, ésta los reclamará a los asegurados, encontrándose éstos obligados a abonarlos. El Tomador se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar a los asegurados de la póliza de forma expresa sobre el contenido de esta cláusula.

C091 **Contenido de la cobertura de Gastos de Transporte:** Quedan cubiertos los gastos de transporte de la primera visita de urgencias al Centro Asistencial Concertado. **Quedan expresamente excluidos de cobertura de la póliza los gastos de transporte de las asistencias sucesivas requeridas incluyendo la rehabilitación. Quedan expresamente excluidos los gastos búsqueda y rescate de los asegurados.**

C093 El asegurado en caso de accidente deberá llamar al teléfono 900 720 210 para asistencias en las Islas Baleares y al 913 840 330 para el resto del territorio nacional, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.

C101 **El Tomador conoce el protocolo de actuación en caso de accidente deportivo y se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar del mismo a los asegurados de la póliza así como del contenido de las cláusulas particulares del presente contrato.**

C102 El asegurado debe comunicar a la compañía el accidente en un plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia remitiendo el correspondiente Parte de Accidente. En caso de incumplimiento, la compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

C806 En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales se le informa de que el responsable del tratamiento es PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social. Sus datos serán tratados para la formalización del contrato de seguro, la gestión de las coberturas contratadas, la gestión contable y administrativa de la póliza y el envío de información comercial sobre productos y servicios ofrecidos por la entidad a las direcciones de correo electrónico facilitadas. Constituye la base legitimadora para estos tratamientos la existencia de una relación contractual y el interés legítimo en informar sobre nuestros servicios. Comunicaremos sus datos por obligación legal o cuando sea necesario para la ejecución del contrato que le vincula con la entidad. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional, que puede consultar en **http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/**

C816 Si para la formalización del contrato de seguro es condición necesaria proporcionar a la Mutualidad los datos personales de los asegurados, el tomador será responsable de cumplir con los requisitos de la normativa vigente en materia de protección de datos personales para llevar a cabo tal comunicación, que le obliga, entre otras cosas, a informar a dichos asegurados de que sus datos serán comunicados a PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social.
En tal caso, el tomador del seguro se compromete a informar a los asegurados de que:
- Sus datos serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social, que será Responsable del tratamiento.
- La finalidad del tratamiento es la formalización del contrato de seguro y la gestión de las coberturas contratadas por el tomador.
- El asegurado tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se explica en la información adicional que puede consultar en la política de privacidad de seguros en: **http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/**

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419
PRBTEC019_V1 20250729140844

SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA INFORMATIVA
La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/1998, de 20 de noviembre) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.
PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL (en adelante, se denominará indistintamente, la Mutualidad, la Compañía, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)
Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, CIF V-07103419.

Reclamaciones
La Mutualidad pone a disposición de los Asegurados un SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.previs.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.
Dirección:
PREVISIÓN BALEAR, M.P.S.
Servicio de Atención al Cliente
Calle Gremi Sabaters, 68, 1ºA
07009 PALMA DE MALLORCA
clientes@previs.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de 2 meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores.
Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:
Pº de la Castellana, 44
28046-MADRID
http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/
Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro
El presente contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables, y por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

No tendrán validez las cláusulas excluyentes o limitativas de los derechos del Tomador o de los Asegurados que no hayan sido expresamente aceptadas por los mismos por escrito, y con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

ARTICULO 1: Intervinientes en el contrato. Definiciones
La Compañía: PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL, con domicilio social en Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.
Tomador del Seguro: Persona física que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
Grupo asegurable: Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión del seguro pero diferente a éste, que reúnan las condiciones legales precisas para poder ser aseguradas.
Asegurado: Cada una de las personas sobre cuya vida o integridad corporal se ha estipulado el contrato y que, perteneciendo al Grupo Asegurable, reúna las correspondientes condiciones de adhesión y figure en la relación de personas incluidas en el contrato, ya sea nominalmente, ya sea de forma genérica siempre que en este supuesto exista una fórmula para su individualización e identificación.
Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato.
Póliza: El conjunto de documentos que recogen los datos y pactos del contrato de seguro. Forman parte de la póliza las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se emitan para modificar o completar el contrato de Seguro.
Accidente Deportivo: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado,sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.

ARTICULO 2: Objeto del seguro.
La Entidad Aseguradora garantiza al asegurado el pago de las indemnizaciones pactadas para los supuestos de invalidez, temporal o permanente, o muerte del Asociado inscrito causadas por un accidente cubierto en póliza.

Las coberturas del presente contrato conforman, como mínimo, las prestaciones del Seguro Obligatorio Deportivo, descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio, contratadas para la asistencia derivada de accidente de los asegurados en el transcurso de competiciones oficiales, entrenamientos organizados por el Club, Federación o Asociación Deportiva en que el asegurado se encuentre integrado, e in itínere durante el trayecto normal de traslado.

Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta de la Entidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato.

Las Condiciones Generales, Especiales y Particulares regulan el alcance de la cobertura del Contrato, delimitando aquellos accidentes y aquellos riesgos por los que se otorga protección al Asegurado.

ARTICULO 3: Cobertura de riesgos extraordinarios.
Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el R.D.L. 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; R.D. 300/2004, de 20 de febrero, modificado por el R. D. 1265/2006 de 8 de noviembre y la Resolución de 27 de noviembre de 2006 por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes; Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; y disposiciones complementarias.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Riesgos excluidos:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro riesgos extraordinarios.
g) Los causados por mala fe del asegurado.
h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de primas.
i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.

Extensión de la cobertura:

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

ARTICULO 4: Perfección, Efectos y Duración del Contrato.
El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes, mediante la firma de la póliza por la Compañía y el Tomador del Seguro y por el pago de la prima.
La cobertura de los riesgos contratados entra en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, una vez aquél haya sido perfeccionado y satisfecha la prima del Seguro. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima.
En el caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.
La duración del Contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo se entenderá prorrogado el Contrato automáticamente por el plazo de otro año, y así sucesivamente al término de cada anualidad, salvo pacto en contrario o que, por la naturaleza temporal del Contrato deba deducirse su improrrogabilidad. A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como la Compañía, mediante notificación escrita a la otra parte con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del seguro en curso.

ARTICULO 5: Condiciones de adhesión
Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el cuestionario suscrito por el Asegurador y aceptadas por el Tomador. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del cuestionario boletín de adhesión.

En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

a. Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro colectivo de accidentes.

b. En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.

c. Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al colectivo asegurado.

ARTICULO 6: Pago de las primas del Contrato.
Las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por tiempo inferior,en cuyo caso se constituirá como prima única. No obstante, en las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.
El pago de la primera prima se efectuará en el momento de la firma del Contrato y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.
Si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima,o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro la Compañía quedará liberada de toda obligación.
En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Compañía quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía 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, cuando el Contrato esté en suspenso, la Compañía sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

ARTICULO 7: Declaraciones del Tomador del Seguro
El presente Contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente solicitud, o en la proposición que en su caso haya formulado la Compañía, así como en el Cuestionario presentado por ésta y cumplimentado por el Tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y determina los derechos y obligaciones derivadas del presente Contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador puede exigir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, se estará a lo dispuesto en la póliza.
En el supuesto de indicación inexacta de la profesión del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera profesión del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato presenta una categoría de riesgo superior a la establecida por aquél.
En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la profesión, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación asegurada se reducirá en función a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTICULO 8: Variaciones en la composición del Colectivo.
El Tomador tendrá la obligación de notificar a la Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado. Se observarán los siguientes criterios en relación a las altas y bajas de las personas aseguradas que se produzcan durante la vigencia del Contrato:
a) El Tomador del Seguro comunicará por escrito a la Compañía la incorporación de nuevos Asegurados. Salvo pacto en contrario expresamente indicado en Condiciones Particulares, las inclusiones tomarán efecto a las cero horas del día siguiente a la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la inclusión ha de ser posterior.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

b) Las bajas de Asegurados se comunicarán por escrito a la Compañía y tomarán efecto a las cero horas de la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la exclusión ha de ser posterior.
c) La Compañía procederá, con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares, a la emisión del correspondiente Apéndice en el que se recoja la incorporación o la baja de personas aseguradas, emitiendo el correspondiente recibo de prima o, en su caso, de extorno de prima.

ARTICULO 9: Designación de beneficiarios
Se entiende por Beneficiario la persona física o jurídica a favor de quién se concierta la prestación, designada por el Asociado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.
De no existir designación expresa, la Entidad reconocerá como Beneficiario a la persona o personas que se señalan a continuación y por el orden excluyente que se indica:
a. El cónyuge que conviva con el causante.
b. Sus hijos legítimos, naturales reconocidos y adoptivos, por partes iguales.
c. Sus padres por partes iguales.
d. Los herederos legales.

ARTICULO 10: Acaecimiento del accidente.
El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía, en su domicilio social o en el de cualquiera de sus representantes, el acaecimiento del accidente dentro del plazo máximo de siete días de haberse producido o de haber sido conocido por cualquiera de aquéllos.
En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios que haya sufrido como consecuencia de la falta o retraso de dicha notificación.
Asimismo, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, deberán facilitar a la Compañía toda clase de información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del accidente la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de la información complementaria que la Compañía solicite. El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.
El Asegurado queda obligado, salvo causa justificada, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe la Compañía, si ésta lo estima necesario, a fin de completar los informes médicos solicitados o aportados, y a trasladarse al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán asumidos por la Compañía.

ARTICULO 11: Pago de la prestación.
La Compañía, previa recepción de la documentación que se estipula, para cada Riesgo contratado, en las Condiciones Especiales, y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la indemnización, notificando por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde.

Si, tras el término de las investigaciones y peritaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía considera que tal siniestro no está amparado por las coberturas del Contrato, lo comunicará por escrito al Tomador del Seguro y al Asegurado o, en su caso, a los Beneficiarios, expresando los motivos por los cuales considera que no existe la obligación de abonar indemnización o prestación alguna.

ARTICULO 12: Desacuerdo entre las partes
Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Asegurado sobre el importe y la forma de indemnización, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, para lo cual se aplicarán las siguientes normas:
– Cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiese hecho tal designación, estará obligada a realizarla en el plazo de ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
– Si los Peritos designados llegan a un acuerdo, se reflejará éste en un acta conjunta en la que se harán constar si las lesiones son derivadas de un accidente o de cualquier otro evento, el grado de invalidez resultante de las mismas, si procede, y las demás circunstancias que puedan influir en la determinación de la correspondiente indemnización.
– Cuando no exista acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y en el caso de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen del tercer Perito se emitirá en el plazo que determinen ambas partes, o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación por el Perito tercero de su nombramiento.
– Notificado a las partes el dictamen de los Peritos, será vinculante para aquellas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Compañía y de ciento ochenta días en el del Asegurado, a contar ambos plazos desde la fecha de la notificación del dictamen a cada parte. De no impugnarse judicialmente dicho dictamen por alguna de las partes en los citados plazos, el dictamen pericial devendrá inatacable.
– Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado, la Compañía deberá abonar el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias de cada caso, en el plazo de cinco días.
– En el supuesto de que por demora de la Compañía en el pago de la indemnización devenida inatacable, se viere obligado el Asegurado a reclamarla judicialmente dicha indemnización se incrementará con un interés del 20% anual, a contar desde que la indemnización devino inatacable para la Compañía. En cualquier caso, los gastos originados al Asegurado por el proceso judicial serán a cargo de la Compañía.
– Cada parte abonará los honorarios de su Perito. Los del tercer Perito y los demás gastos que ocasione el dictamen pericial serán de cuenta y a cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía. No obstante, si cualquiera de las partes hubiese hecho necesaria la intervención del tercer Perito por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTICULO 13: Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato
Las comunicaciones que deba efectuar el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, a la Compañía, se cursarán al domicilio social de ésta o al de su representante más cercano al domicilio de aquéllos.
Las notificaciones que efectúe la Compañía al Tomador del Seguro se cursarán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado y comunicado por el Tomador del Seguro a la Compañía de forma fehaciente. Las notificaciones que la Compañía deba efectuar, en su caso, al Asegurado o al Beneficiario, se cursarán por aquélla al domicilio que conozca de estos últimos y de no conocerlo al domicilio del Tomador del Seguro.
Las comunicaciones entre las partes, para que tengan eficacia contractual, deberán efectuarse por escrito y de forma fehaciente.
El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, deberán comunicar la Compañía, también de forma fehaciente, sus cambios de domicilio. Caso contrario, pueden derivarse para el Tomador del Seguro o para el Asegurado los correspondientes perjuicios por la falta de recepción o no recepción puntual de las comunicaciones que les sean cursadas por la Compañía.

ARTICULO 14: Otras obligaciones del Tomador
El Tomador del Seguro se obliga a informar a todos y cada uno de los Asegurados incluidos en el Contrato de seguro del contenido de las Condiciones Generales y Particulares del mismo y, en particular, de aquéllas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los Beneficiarios en su caso, responsabilizándose el Tomador del Seguro de los perjuicios que el incumplimiento de dicho deber de información puedan derivarse para los Asegurados o sus Beneficiarios.

ARTICULO 15: Jurisdicción
El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asociado.

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

ARTICULO 16: Normas de protección de datos de carácter personal
Los datos de carácter personal de los Asegurados son imprescindibles para valorar el riesgo, emitir la Póliza y para la perfección, ejecución y cumplimiento del presente Contrato de Seguro.
La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud de seguro es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza. Los datos se incluirán en ficheros automatizados que se destinarán al cumplimiento del objeto del seguro y serán tratados de forma confidencial por la Mutualidad, responsable del fichero.
El Tomador/Asegurado autoriza expresamente a la Compañía para que trate de manera automatizada sus datos de carácter personal, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación que le otorga la Ley 15/1999.

El Tomador comunicará a los Asegurados que sus datos de carácter personal serán aportados, con la finalidad indicada en el párrafo anterior, a PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL que tiene su domicilio social en Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, ante quien podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL se obliga a conservar y tratar los datos personales cumpliendo las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y las medidas de seguridad que asimismo establece el Real Decreto 994/1999 de Junio.

SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES
CONDICIONES ESPECIALES

ARTICULO 1: Documentación e información
La documentación a facilitar a las Federaciones Deportivas, consistirá en las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares, que deberán atenerse a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Regulación del Contrato de Seguro). Por lo tanto, la póliza será la documentación que acredite a las Federaciones como tomadores del seguro.
El sistema pactado en el presente contrato para la identificación y control del grupo asegurado será mediante relación de asegurados facilitada por el Tomador del Seguro. Por tanto no será necesaria la cumplimentación individual de solicitudes de adhesión al seguro. En consecuencia, se conviene que la compañía aseguradora no estará obligada a emitir certificados individuales de cobertura.
El Tomador del Seguro queda obligado a facilitar al Asegurador relación actualizada de asegurados/federados en la fecha de efecto de la póliza.
Asimismo, se compromete al envío con periodicidad semanal del fichero actualizado de asegurados en vigor. Este fichero debe contener al menos la siguiente información:
- DNI
- Nombre y apellidos
- Categoría,
- Número de póliza
- Número de licencia federativa

Para el caso de los asegurados las licencias federativas y los documentos análogos son los documentos que acreditan al deportista, técnico o directivo como asegurado una vez cumplido el trámite de afiliación.

ARTICULO 2: Fechas de Alta y Baja del Beneficiario en el Seguro.
Con independencia de la fecha de entrada en vigor y vencimiento de la póliza, que se refleja en las Condiciones Particulares de la misma, el asegurado tendrá derecho a las prestaciones desde la fecha de alta considerada por el Asegurador y por un período igual al de vigencia de su licencia federativa siempre que esté dentro de la anualidad del contrato y excepto cuando la póliza sea rescindida por el tomador del seguro, en cuyo caso el seguro quedará sin efecto desde el mismo momento en que la Entidad comunique su decisión de rescindir o anular la póliza.
El Asegurador considerará como fecha de alta del asegurado, la misma propuesta por el tomador del seguro, siempre que se cumplan las condiciones de adhesión establecidas.

ARTICULO 3: Prestaciones.
El Contrato cubre la contingencia de accidente que produzca:
— Asistencia sanitaria.
— Compensaciones económicas por pérdidas anatómicas o funcionales.
— Auxilio al fallecimiento.
En lo términos establecidos en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 4: Comunicación del Siniestro.
Se procederá de la forma establecida en el documento “Protocolo de actuación” que figura como anexo a esta póliza.

ARTICULO 5: Delimitación del Ámbito de la Prestación.
La prestación de asistencia sanitaria cubre el accidente deportivo de los asegurados.
Se entiende por accidente deportivo aquella lesión deportiva que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asociado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.
Las antedichas circunstancias que deben darse al ocurrir el accidente deportivo, para ser considerado como tal, son las siguientes:
1°) Durante la celebración de una competición o actividad deportiva debidamente organizada o dirigida por los organismos deportivos correspondientes y realizados en circuito, estadio, pistas, instalación deportiva, terreno o medio físico necesario y adecuado debidamente definido y autorizado por las correspondientes autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.
2°) Durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar señaladas en el párrafo anterior y en presencia y bajo la dirección de entrenadores, preparadores o personal técnico cualificado de federación, club u organismo deportivo.
3°) En los actos de salvamento realizados por los miembros de la Federación Española de Salvamento y Socorrismo, de los Grupos de Socorro de la Federación Española de Montañismo y de aquellos otros efectuados por especialistas de otras Federaciones en posesión de licencia o título vigente. En estos últimos deberán haber sido requeridos sus servicios por directivos deportivos o por la autoridad competente.
4°) Durante los desplazamientos previamente programados organizados colectivamente o en equipo, dirigidos por el personal directivo del Organismo competente, y utilizando medios públicos regulares de transporte y con motivo de una actividad deportiva debidamente autorizada, esta cobertura tendrá carácter subsidiario.
Igualmente, se cubrirán los accidentes que sufran los deportistas que, con motivo de actividad deportiva autorizada, se desplacen individualmente utilizando medios públicos regulares de transporte; o los directivos federativos que realicen viajes, en comisión de servicios, en vehículos privados, siempre que medie autorización expresa de su Federación.
Asimismo, los árbitros, jueces, cronometradores y técnicos en sus desplazamientos, cualquiera que sea el medio de transporte que utilicen, en las condiciones siguientes:
a) Que el desplazamiento se efectúe a, o desde, el lugar de la actividad deportiva hasta su localidad de residencia habitual.
b) Que el desplazamiento esté motivado precisamente en razón al cargo técnico deportivo del afiliado, para en función a dicho cargo actuar en actividad deportiva debidamente programada.
c) Que figure como asegurado en vigor en la fecha del accidente con su condición de técnico (árbitro, juez, cronometrador, preparador, entrenador).

ARTICULO 6: Accidentes Excluidos.
Quedan excluidos de la póliza:

a) Los accidentes provocados intencionalmente por el Asociado o que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419
PRBTEC019_V1 20250729140844

b) La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.
c) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en las presentes condiciones o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.
d) Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.
e) En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando paracaidismo, vuelo delta y cualquier otra actividad aérea, boxeo, caza mayor fuera de Europa, participando en carreras o rallies de automovilismo, motorismo o motonáutica. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.
f) Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.

Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:
g) Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
h) Los siniestros que deriven de una enfermedad.
i) Los siniestros cuya única manifestación es el dolor sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

Se excluye además de la cobertura del contrato:

j) Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza. Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas. Se entiende por preexistentes aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el asegurado contratado. Se excluyen expresamente aquellas enfermedades que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.
j) Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado de las normas elementales de prevención de riesgos laborales según la legislación vigente.
k) Quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncopes, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurisma, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado.
l) Las consecuencias de los actos médicos o quirúrgicos, a los cuales se someta voluntariamente el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tales como los tratamientos de tipo puramente estético.
m) Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte se accidente tramitado. No obstante, podrá ser atendido de dichas recaídas, dentro de los cinco años siguientes al accidente deportivo cubierto por esta póliza y el lesionado sigue manteniendo su condición de asegurado.
n) Cuando en el transcurso del tratamiento médico, el diagnóstico inicial que dio origen a la prestación médico asistencia, sea modificado sustancialmente, siendo necesarias pruebas diagnósticas diferenciales o se descarte, para valorar de nuevo la etiología de la dolencia.
o) Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.
p) Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte sino con actividades profesionales paralelas.
q) Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

Enfermedades y lesiones preexistentes: En caso de agravación directa o indirecta de las lesiones y secuelas producidas por un accidente cubierto por la póliza, debido a la existencia de enfermedades o secuelas físicas anteriores a la ocurrencia del siniestro, la Compañía sólo responderá, en cuanto a duración y consecuencias, de las que habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Igual consideración tendrá la agravación motivada por una falta comprobada de cuidados, la aplicación de un tratamiento empírico o a la inobservancia de las prescripciones facultativas.

ARTÍCULO 7: Derecho de Reembolso
En el supuesto que un deportista accidentado, en cuyo accidente concurran las circunstancias de exclusión, fuera atendido por los servicios médicos concertados o no de la compañía aseguradora, ésta solicitará el reembolso de los gastos producidos al Tomador del Seguro y/o en su caso, al asegurado.

ARTICULO 8: Requisitos de la Prestación
Para que el deportista accidentado pueda ser atendido por los servicios médicos del Asegurador, es necesario que llame al teléfono especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.
El asegurado debe comunicar a la compañía el accidente en un plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia remitiendo el correspondiente Parte de Accidente. En caso de incumplimiento, la compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.
El asegurado se responsabiliza de los gastos a que hubiera lugar, caso de no tener derecho a su asistencia con cargo a este seguro.

COBERTURAS ASEGURADAS
ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y SANATORIAL

ARTICULO 9: Contenido de la Prestación de Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:
1. Consulta médica y enfermería de urgencia.
2. Consultas sucesivas de médicos especialistas.
3. Material e instrumental necesario para curas y yesos.
4. Hospitalización e intervención quirúrgica: Honorarios médicos y ayudantías, anestesistas, gastos hospitalarios y de quirófano en hospitalización médica o quirúrgica derivada de accidente cubierto por la póliza. Gastos de farmacia en hospitalización.
5. Material ortopédico y prótesis y endoprótesis óseas, hasta los límites que respectivamente se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza. En ningún caso estarán cubiertas por la póliza las prótesis externas como gafas, cristales, monturas, lentillas y elementos de similar naturaleza.
6. Rehabilitación.
7. Pruebas diagnósticas requeridas por los especialistas para el tratamiento de las consecuencias de los accidentes cubiertos: Resonancias Magnéticas, Radiografías, Tac, Ecografías.

Asimismo, se hace constar que el límite establecido en procesos infecciosos o patológicos acaecidos por una asistencia tardía o deficiente realizada por un Centro No Concertado de la Póliza es el indicado en las Condiciones Particulares para el caso de Urgencia Vital.

ARTICULO 10: Forma de la Prestación
La asistencia prevista en la condición anterior se prestará por los Facultativos, Centros y Clínicas que la Compañía Aseguradora tenga CONCERTADOS, que deberán ser utilizados obligatoriamente por aquellos deportistas lesionados que deseen recibir estas prestaciones.
No obstante lo anterior, si el asegurado es llevado a otros servicios asistenciales, no concertados, por motivos de gravedad y urgencia, precisando hospitalización, el Asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la misma, siempre y cuando no exista ningún Centro Concertado por el Asegurador a los que poder acudir y la prestación se realice dentro de las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente. En caso de existir Centro Concertado, o no se comunique el ingreso en el centro ajeno al Asegurador, o no se cumplimente el impreso antes indicado, ésta no se hará cargo de ninguna factura del centro no concertado, incluyendo los de la Seguridad Social.
En todo caso y una vez pasada la urgencia y gravedad, y siempre que el estado del paciente lo permita, éste debe ser trasladado a los servicios CONCERTADOS,

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419
PRBTEC019_V1 20250729140844

previa autorización médica y con comunicación a la Mutualidad directamente.
Los gastos producidos en servicios no concertados de la Mutualidad, por lesiones leves y no urgentes o por internamientos en Centros no concertados, cuando existan centros concertados, o no se haya hecho la preceptiva comunicación a la misma, serán reclamados por la Mutualidad a los interesados, encontrándose los asegurados, obligados a abonar la totalidad de los gastos de hospitalización o cualquier otro a que hubieran podido dar lugar.
En el caso de que la asistencia se facturase directamente a la compañía, ésta podrá reclamar su importe al accidentado y/o, en su caso, al Tomador del Seguro.
Cuando un asegurado inicie el tratamiento de su lesión en un Centro Concertado, para cambiar a otro Centro Concertado, será imprescindible la autorización expresa del Asegurador.

ARTICULO 11: Gastos asumidos por el Asegurador.
Los gastos producidos por prótesis u osteosíntesis derivada de una intervención quirúrgica realizada en los Servicios Concertados del Asegurador, correrán a cargo de ésta en su totalidad.

La Mutualidad facilitará gratuitamente el 70% del tratamiento ortésico prescrito por sus Servicios Médicos.

ARTICULO 12: Gastos no incluidos en la Prestación.
No serán satisfechos por la Mutualidad los gastos producidos por:
1. Todo el material prescrito en servicios ajenos a la Mutualidad.
2. El material ortésico prescrito para prevención de accidentes.
3. El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cayos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
4. Los gastos derivados de la rehabilitación, en los siguientes casos:
• Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
• Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza. Los masajes relajantes y antiestrés.
• Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
• Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
• La potenciación muscular.
• Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio y en piscina.
5. Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.
6. Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
7. Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
8. Los gastos de farmacia ambulatoria.
9. Los gastos de odonto-estomatología. No obstante, el Asegurador siempre y cuando derivado de un accidente deportivo se produjese una pérdida total o parcial de piezas dentarias que precisen restauración y a la vista del comunicado de accidente y diagnóstico recogido en éste impreso, autorizará previa petición del lesionado, la visita al odontólogo o maxilofacial y podrá conceder una ayuda única y graciable que no podrá exceder de la cantidad especificada en el Para realizar este pago será imprescindible presentar el original de la factura con el sello de pagado o recibí.

ARTICULO 13: Límite de la Cobertura.
Los servicios de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial, incluida la rehabilitación, los prestará el Asegurador durante un plazo máximo de 18 meses por Comunicado de Accidente y lesión declarada en el mismo, por el servicio médico asistencial, siempre y cuando el lesionado durante este período de tiempo esté al corriente del pago de las primas del seguro.

ARTICULO 14: Alta y Baja Deportiva.
Cuando un deportista tenga abierto un expediente por lesión causará inmediatamente baja deportiva, no pudiendo incorporarse a su deporte y presentar nuevo expediente por lesión hasta que el facultativo le dé el alta deportiva y sea conocido por la Mutualidad.

ARTICULO 15: Gastos de Transporte
Quedan cubiertos los gastos de transporte de la primera visita de urgencias al Centro Asistencial Concertado.
Quedan expresamente excluidos de cobertura de la póliza los gastos de búsqueda y rescate de los asegurados.

COMPENSACIÓN ECONOMICA POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES

ARTICULO 16: Contenido de la Prestación.
En caso de invalidez permanente (total, absoluta o gran invalidez), la Entidad pagará al Beneficiario después de quedar determinada la invalidez, la indemnización que resulte según las siguientes normas:
a. En el supuesto de invalidez permanente total se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente total la que imposibilita el desarrollo de la profesión habitual al Asegurado.
b. En el supuesto de invalidez permanente absoluta se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente absoluta la que imposibilita el desarrollo de cualquier tipo de profesión al Asegurado.
c. En el supuesto de invalidez permanente gran invalidez se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente gran invalidez la que imposibilita el desarrollo normal de la vida al Asegurado, en su aspecto laboral como privado, el cual necesita la ayuda de terceras personas para realizar las funciones vitales básicas.
La determinación del Tipo de Invalidez correspondiente se efectuará de conformidad con el Dictamen Médico de las lesiones ocasionadas por el accidente. Si el Asociado no aceptase la proposición de la Entidad en lo referente al Tipo de Invalidez (total, absoluta o gran invalidez), las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a los Artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.
Ello no obstante si la declaración de invalidez hubiera sido formulada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social, la Entidad estará al resultado de dicha declaración, sin perjuicio de su legitimación para impugnarla.

ARTICULO 17: Derecho de Deducción.
Si una vez abonada al accidentado la compensación económica correspondiente, sobreviniera la muerte dentro del año de la fecha del accidente y como consecuencia del mismo, el Asegurador considerará el pago realizado como un anticipo del importe de la compensación económica por fallecimiento, deduciendo de ésta la cantidad abonada y pagando el resto, si existiera.

AUXILIO AL FALLECIMIENTO

ARTICULO 18: Derecho a la Prestación
Si a consecuencia de accidente cubierto por el contrato fallece el Asociado, inmediatamente o a contar desde la fecha del accidente, la Entidad pagará la indemnización prevista.
El Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

a. Certificado Médico que haya asistido al Asociado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
b. Certificado en extracto de inscripción de defunción en el registro civil.
c. Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad, deberá pagar o consignar la prestación garantizada El capital de fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, el importe de la prestación será de 1.803,04 Euros.

ACCIDENTES OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

ARTICULO 19: Ámbito de Actuación de la Mutualidad en el Extranjero
La Mutualidad cubre los accidentes deportivos que sufran los asegurados componentes de un equipo o, en desplazamientos individuales, con ocasión de actividades deportivas debidamente autorizadas por los Organismos competentes.
En este caso, las prestaciones aseguradas tendrán una limitación de los gastos médico-quirúrgicos y sanatoriales a 6.010,12 Euros.

ARTICULO 20: Requisitos de las Coberturas en el Extranjero
Para que el Asegurador reconozca la prestación que se señala en el artículo anterior, será requisito imprescindible que los Organismos competentes que realicen la afiliación de sus deportistas, comuniquen al menos con siete días de antelación, la autorización de participación y salida de los deportistas para actuar en el extranjero, indicando apellidos y nombre, número del NIF, número de licencia federativa, días de duración del viaje y detalle del recorrido a realizar, así como la denominación y clase de prueba o actividad deportiva en la que participen

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

y lugar o lugares de su celebración. Deberá expresarse, asimismo, el nombre del Jefe de la expedición o federativo encargado de la misma.
Las Federaciones deberán tener en cuenta para solicitar la salida al extranjero:
a) Que existan razones deportivas suficientes justificadas.
b) Que conste que el deportista o deportistas relacionados tienen la capacidad técnica, grado de entrenamiento, material idóneo y responsabilidad necesaria para cubrir sus actuaciones.
c) En los casos de participación en cursillos de aprendizaje o perfeccionamiento, que la Organización extranjera reúnalas condiciones de organización y garantía de seguridad convenientes y que los profesores o jefes de expedición española tienen las cualificaciones técnicas y responsabilidad reconocidas.
d) En los casos en los que se haya solicitado la salida al extranjero solamente para la práctica del deporte en sí y por cuenta del propio deportista, la Mutualidad sólo se hará responsable de facilitar sus prestaciones si el accidente deportivo se produce en las condiciones reglamentadas, no siendo imputable al asegurador ninguna otra responsabilidad.

ARTICULO 21: Forma de la Prestación
El jefe de la expedición realizará las gestiones con la autoridad extranjera para la inmediata asistencia del accidentado, comunicando el accidente al Mediador o en su caso al Asegurador, lo antes posible y, en cualquier caso, dentro de los siete días siguientes a haberse producido. Los expedicionarios procederán al abono de los gastos incurridos por la atención de los lesionados, siendo posteriormente compensados a su llegada a España, siempre que dichos gastos sean debidamente justificados y se hubieran producido reglamentariamente.
Los jefes de expedición, a su llegada a España, deberán dar cuenta al Presidente de la Federación correspondiente, de los detalles del accidente o accidentes ocurridos concretando las circunstancias de los mismos, a fin de que la Federación comunique al Asegurador, lo más rápidamente posible, dichos detalles.
La Mutualidad podrá establecer restricciones en la cobertura de salida al extranjero, pudiendo exigir el pago de una cuota o prima especial para esta cobertura, así como limitar la cuantía de las prestaciones que corresponden a los asegurados relacionados.
En estos casos, al Organismo solicitante le corresponde la responsabilidad de informar a dichos expedicionarios de las posibles limitaciones en la cuantía de las coberturas por si estiman de interés complementarlas en seguros privados, y serán responsables, subsidiarios, del abono de las cuotas fijadas.

ARTICULO 22: Aseguramiento Individual de la Salida al Extranjero.
Los desplazamientos individuales al extranjero, especialmente de los deportistas profesionales, serán objeto de estudio y mutuo acuerdo entre la respectiva Federación y la Mutualidad.
El Asegurador se reserva el derecho de no dar cobertura, de aplicar sobreprimas especiales, o limitación de la cobertura del riesgo en aquellos casos en que, por circunstancias excepcionales de riesgo (duración, distancias, condiciones económicas del país extranjero, profesionalismo, etc.), así lo hiciera necesario.

C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Ejemplar para el Tomador

LA MUTUALIDAD ASEGURADORA

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO ACCIDENTE DEPORTIVO: SEGURO ACCID. COLECTIVO DEPORT - 15: DEPORTIVO SOD

DURACIÓN DEL SEGURO

EFECTO DESDE	**00:00**	**DEL**	**01/01/2025**
VENCIMIENTO A	**00:00**	**DEL**	**01/01/2026**

LA FECHA DE EFECTO PARA ESTE SUPLEMENTO ES 19.05.2025 A LAS 00:00 - (Suplemento nº:14)

FORMA DE CONTRATACIÓN
ANUAL RENOVABLE

DOMICILIO DE COBRO
Sin domiciliaciòn bancaria

FORMA DE PAGO
ANUAL

TOMADOR: G46402434 - FEDERACION AJEDREZ COMUNIDAD VALENCIANA
CL/ GUILLEN DE CASTRO, 65, 9ª - 46008 - Valencia

ASEGURADO: Los federados con licencia en vigor y no federados como consecuencia de accidente durante la práctica de la disciplina asegurada.

BENEFICIARIOS: El asegurado o asegurados de la póliza. En caso de fallecimiento del asegurado, sus herederos legales.

GARANTIAS CONTRATADAS	SUMA ASEGURADA	CARENCIA	FRANQUICIA	LIMITE PRESTACIÓN	REVAL.
2801 FALLECIMIENTO ACCIDENTE	6.010,12 EUR				0 %
2845 INCAPACIDAD ACCIDENTE SEGUN BAREMO	12.020,24 EUR				0 %
2839 ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTE	ILIMITADA		0 días	548 días	0 %

DELIMITACIÓN DE COBERTURA DE GASTOS ASISTENCIALES POR ACCIDENTE:

Importe máximo para Cobertura de Material Protésico y Endoprotésico:	ILIMITADA	Cobertura en Centros Asistenciales Públicos No Concertados:	EXCLUIDO
Importe máximo para Cobertura de Material Ortopédico:	ILIMITADA	Cobertura en Centros Asistenciales Privados No Concertados:	EXCLUIDO
Período máximo Cobertura de Asistencia Dental en Centros Concertados:	548 DÍAS	Cobertura URGENCIA VITAL en Centros No Concertados, hasta:	3.000,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico Dental:	400,00 EUR		

PRIMA NETA:	1.202,50 EUR
IMPUESTOS:	98,02 EUR
CONSORCIO:	117,20 EUR
RECARGO:	0,00 EUR
PRIMA TOTAL:	1.417,72 EUR

CLÁUSULAS ESPECIALES
SON APLICABLES A ESTE CONTRATO LAS SIGUENTES CLÁUSULAS: C014.C015.C019.C020.C057.C089.C090.C091.C093.C101.C102.C806.C816.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

LA MUTUALIDAD ASEGURADORA

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CLÁUSULAS ESPECIALES
1 - 15: DEPORTIVO SOD

A001
Las coberturas del presente contrato conforman las prestaciones descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio. En ningún caso cubre las garantías establecidas en el artículo 23.3 de la Ley 39/2022 del Deporte, que indica que la cuantía de las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo será, como poco, la del baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados en accidente de circulación. Por lo tanto, será responsabilidad de la Federación cualquier reclamación que pudiera realizarse por parte de los federados respecto a otras indemnizaciones diferentes de las amparadas por esta póliza.

En el caso de que Previsión Balear modifique las coberturas de la póliza para adaptarlas a la nueva reglamentación que se pudiera aprobar con motivo del desarrollo reglamentario de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre del Deporte, el Tomador de la póliza tendrá un mes para aceptar de manera expresa la modificación contractual o la póliza se extinguirá automáticamente.

A002

ÁMBITO DE COBERTURA: Los accidentes que puedan sufrir los jugadores durante la práctica de la disciplina asegurada.

El tomador debe aportar listado nominal de los participantes por categoría.

Se establece como prima mínima 900 euros en base a 1.800 asegurados.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS:
Quedarán fuera de cobertura las lesiones no accidentales o derivadas de una patología preexistente, así como también, el infarto de miocardio, el infarto cerebrovascular y la deshidratación.
No quedan cubiertos deportistas subvencionados con becas ADO. Para deportistas con compensación económica y no profesionales sus tarifas se calcularán caso a caso.

EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MÉDICA.
En tanto en cuanto el asegurado esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado.

C014 **Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:**
- Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
- Los siniestros que deriven de una enfermedad.
- Los siniestros cuya única manifestación es el dolor.

Se excluye además de la cobertura del contrato:
- Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza.
- La agravación de cualquier siniestro derivado de accidente si dicha agravación se debe a una enfermedad.
- Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado de las normas elementales de prevención de riesgos laborales según la legislación vigente.
- Cualquier otro de los RIESGOS EXCLUIDOS que expresamente se detallan y relacionan en el modelo Condiciones Generales que se hace entrega junto con las presentes Condiciones Particulares y Cláusulas Especiales.

La ocultación de datos relevantes para la valoración de los riesgos de las actividades o del estado de salud a asegurar, anteriores a la fecha de formalización de la póliza podrá dar lugar a la resolución automática del contrato de seguro.

C015 Contenido de la Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:
- Consulta médica y enfermería de urgencia.
- Consultas sucesivas de médicos especialistas.
- Material e instrumental necesario para curas y yesos.
- Hospitalización e intervención quirúrgica: Honorarios médicos y ayudantías, anestesistas, gastos hospitalarios y de quirófano en hospitalización médica o quirúrgica derivada de accidente cubierto por la póliza. Gastos de farmacia en hospitalización.
- Material ortopédico y prótesis y endoprótesis óseas, hasta los límites que respectivamente se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza. **En ningún caso estarán cubiertas por la póliza las prótesis externas como gafas, cristales, monturas, lentillas y elementos de similar naturaleza.**
- Rehabilitación.
- Pruebas diagnosticas requeridas por los especialistas para el tratamiento de las consecuencias de los accidentes cubiertos: Resonancias Magnéticas, Radiografías, Tac, Ecografías.

Asimismo, se hace constar que el límite establecido en procesos infecciosos o patológicos acaecidos por una asistencia tardía o deficiente realizada por un Centro No Concertado de la Póliza es el indicado en las Condiciones Particulares para el caso de Urgencia Vital.

C019 **A los efectos del presente seguro no tendrá la consideración de accidente el infarto de miocardio ni el accidente cerebro-vascular.**

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

PREVIS SEGUROS
C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

CLÁUSULAS ESPECIALES
1 - 15: DEPORTIVO SOD

C020 Las coberturas del presente contrato conforman las prestaciones descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio, contratadas para la asistencia derivada de accidente de los asegurados en el transcurso de competiciones oficiales, entrenamientos organizados por el Club, Federación o Asociación Deportiva en que el asegurado se encuentre integrado, e in itínere durante el trayecto normal de traslado. **En ningún caso cubre las garantías establecidas en el artículo 23.3 de la Ley 39/2022 del Deporte, que indica que la cuantía de las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo será, como poco, la del baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados en accidente de circulación.** Por lo tanto, en caso de fallecimiento o indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales derivadas de accidente deportivo, se estará a los capitales establecidos en póliza, no pudiendo, en ningún caso, entenderse que quedan cubiertos los capitales del baremo de accidentes de circulación.

C057 El Tomador del seguro reconoce expresamente que con anterioridad a la celebración de este contrato la Mutualidad le ha informado de la legislación aplicable al mismo y de las diferentes instancias de reclamación en caso de litigio.

C089 ESPECIFICACIONES EN EL CONTENIDO DE LA COBERTURA DEL SEGURO DEPORTIVO:
- La cobertura al asegurado se circunscribe exclusivamente a la actividad deportiva por la que se contrata el presente seguro.
- El asegurado en caso de accidente deberá llamar al teléfono 900 720 210 si la asistencia se produce en las Islas Baleares y al 913 840 330 para el resto del territorio nacional, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.
- **En la asistencia realizada en el extranjero el accidentado acudirá al Centro Asistencial más próximo, reembolsándose el coste de la asistencia hasta un importe máximo por accidente de 6.010,12 €.**
- Las pruebas de diagnóstico y contraste se efectuarán siempre a criterio médico.
- **Las facturas de material ortopédico serán reembolsadas hasta el 70 por ciento del importe de las mismas.**
- Los costes de honorarios en la asistencia dental en Centros Concertados se cubren íntegramente hasta el período máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- El injerto ligamentoso de tejido transplantado desde otro cuerpo no se considerará prótesis ni endoprótesis ósea, quedando fuera de cobertura el coste de su adquisición salvo que expresamente se indique su inclusión para la presente Póliza.
- En accidentes en competición oficial, se reflejará su ocurrencia en las Actas correspondientes.
- En accidentes en los entrenamientos, el Club, Asociación o el entrenador darán fe ante el Tomador y ante Previsión Balear, MPS de las circunstancias en que se hayan producido tales accidentes.
- El alta médica tras una intervención quirúrgica cubierta por la póliza no implica el alta del asegurado para reemprender la práctica de la actividad deportiva. Por ello, el asegurado deberá aportar Certificado de los Servicios Médicos del Tomador o de un profesional médico especializado en Medicina Deportiva, en el que se indicará en relación a la intervención padecida la plena aptitud del asegurado para volver a practicar el deporte que venía desarrollando. Mientras no presente dicho Certificado Médico, quedará excluida de cobertura las secuelas, recaídas o recidivas derivadas del mismo tipo de lesión por la que el asegurado fue intervenido.
- El tratamiento de lesiones o dolencias deportivas no derivadas de accidente no se encuentran cubiertas por la presente póliza.
- **El capital de fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, el importe de la prestación será de 1.803,04 €**

C090 En caso de asistencia por URGENCIA VITAL el asegurado podrá ser atendido en el Centro Asistencial más próximo y las facturas que deriven de la asistencia prestada en 24 primeras horas desde el momento del accidente serán a cargo de la Mutualidad. Una vez superada la primera asistencia de URGENCIA VITAL, y solo cuando el estado del accidentado lo permita, éste será trasladado a un Centro Asistencial Concertado para continuar su tratamiento. En caso de permanencia en el Centro Asistencial no concertado, la Mutualidad no asumirá el pago de las facturas derivadas de todos los servicios que se le puedan prestar. En base a lo anterior, y salvo los casos de URGENCIA VITAL según las condiciones anteriormente descritas, quedarán expresamente excluidas de cobertura y serán siempre con cargo del propio asegurado cualquier tipo de asistencia practicada por cualquier Centro Asistencial Público o Privado no incluido en la relación de Centros Concertados de la Mutualidad. Si los gastos se facturan a la Mutualidad, ésta los reclamará a los asegurados, encontrándose éstos obligados a abonarlos. El Tomador se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar a los asegurados de la póliza de forma expresa sobre el contenido de esta cláusula.

C091 **Contenido de la cobertura de Gastos de Transporte:** Quedan cubiertos los gastos de transporte de la primera visita de urgencias al Centro Asistencial Concertado. **Quedan expresamente excluidos de cobertura de la póliza los gastos de transporte de las asistencias sucesivas requeridas incluyendo la rehabilitación. Quedan expresamente excluidos los gastos búsqueda y rescate de los asegurados.**

C093 El asegurado en caso de accidente deberá llamar al teléfono 900 720 210 para asistencias en las Islas Baleares y al 913 840 330 para el resto del territorio nacional, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.

C101 **El Tomador conoce el protocolo de actuación en caso de accidente deportivo y se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar del mismo a los asegurados de la póliza así como del contenido de las cláusulas particulares del presente contrato.**

C102 El asegurado debe comunicar a la compañía el accidente en un plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia remitiendo el correspondiente Parte de Accidente. En caso de incumplimiento, la compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

C806 En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales se le informa de que el responsable del tratamiento es PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social. Sus datos serán tratados para la formalización del contrato de seguro, la gestión de las coberturas contratadas, la gestión contable y administrativa de la póliza y el envío de información comercial sobre productos y servicios ofrecidos por la entidad a las direcciones de correo electrónico facilitadas. Constituye la base legitimadora para estos tratamientos la existencia de una relación contractual y el interés legítimo en informar sobre nuestros servicios. Comunicaremos sus datos por obligación legal o cuando sea necesario para la ejecución del contrato que le vincula con la entidad. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional, que puede consultar en **http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/**

C816 Si para la formalización del contrato de seguro es condición necesaria proporcionar a la Mutualidad los datos personales de los asegurados, el tomador será responsable de cumplir con los requisitos de la normativa vigente en materia de protección de datos personales para llevar a cabo tal comunicación, que le obliga, entre otras cosas, a informar a dichos asegurados de que sus datos serán comunicados a PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social.
En tal caso, el tomador del seguro se compromete a informar a los asegurados de que:
- Sus datos serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social, que será Responsable del tratamiento.
- La finalidad del tratamiento es la formalización del contrato de seguro y la gestión de las coberturas contratadas por el tomador.
- El asegurado tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se explica en la información adicional que puede consultar en la política de privacidad de seguros en: **http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/**

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419
PRBTEC019_V1 20250729140844

SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA INFORMATIVA
La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/1998, de 20 de noviembre) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.
PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL (en adelante, se denominará indistintamente, la Mutualidad, la Compañía, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)
Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, CIF V-07103419.

Reclamaciones
La Mutualidad pone a disposición de los Asegurados un SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.previs.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.
Dirección:
PREVISIÓN BALEAR, M.P.S.
Servicio de Atención al Cliente
Calle Gremi Sabaters, 68, 1ºA
07009 PALMA DE MALLORCA
clientes@previs.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de 2 meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores.
Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:
Pº de la Castellana, 44
28046-MADRID
http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/
Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro
El presente contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables, y por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

No tendrán validez las cláusulas excluyentes o limitativas de los derechos del Tomador o de los Asegurados que no hayan sido expresamente aceptadas por los mismos por escrito, y con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

ARTICULO 1: Intervinientes en el contrato. Definiciones
La Compañía: PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL, con domicilio social en Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.
Tomador del Seguro: Persona física que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
Grupo asegurable: Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión del seguro pero diferente a éste, que reúnan las condiciones legales precisas para poder ser aseguradas.
Asegurado: Cada una de las personas sobre cuya vida o integridad corporal se ha estipulado el contrato y que, perteneciendo al Grupo Asegurable, reúna las correspondientes condiciones de adhesión y figure en la relación de personas incluidas en el contrato, ya sea nominalmente, ya sea de forma genérica siempre que en este supuesto exista una fórmula para su individualización e identificación.
Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato.
Póliza: El conjunto de documentos que recogen los datos y pactos del contrato de seguro. Forman parte de la póliza las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se emitan para modificar o completar el contrato de Seguro.
Accidente Deportivo: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado,sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.

ARTICULO 2: Objeto del seguro.
La Entidad Aseguradora garantiza al asegurado el pago de las indemnizaciones pactadas para los supuestos de invalidez, temporal o permanente, o muerte del Asociado inscrito causadas por un accidente cubierto en póliza.

Las coberturas del presente contrato conforman, como mínimo, las prestaciones del Seguro Obligatorio Deportivo, descritas en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio, contratadas para la asistencia derivada de accidente de los asegurados en el transcurso de competiciones oficiales, entrenamientos organizados por el Club, Federación o Asociación Deportiva en que el asegurado se encuentre integrado, e in itínere durante el trayecto normal de traslado.

Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta de la Entidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato.

Las Condiciones Generales, Especiales y Particulares regulan el alcance de la cobertura del Contrato, delimitando aquellos accidentes y aquellos riesgos por los que se otorga protección al Asegurado.

ARTICULO 3: Cobertura de riesgos extraordinarios.
Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el R.D.L. 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; R.D. 300/2004, de 20 de febrero, modificado por el R. D. 1265/2006 de 8 de noviembre y la Resolución de 27 de noviembre de 2006 por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes; Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; y disposiciones complementarias.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Riesgos excluidos:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro riesgos extraordinarios.
g) Los causados por mala fe del asegurado.
h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de primas.
i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.

Extensión de la cobertura:

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

ARTICULO 4: Perfección, Efectos y Duración del Contrato.
El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes, mediante la firma de la póliza por la Compañía y el Tomador del Seguro y por el pago de la prima.
La cobertura de los riesgos contratados entra en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, una vez aquél haya sido perfeccionado y satisfecha la prima del Seguro. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima.
En el caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.
La duración del Contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo se entenderá prorrogado el Contrato automáticamente por el plazo de otro año, y así sucesivamente al término de cada anualidad, salvo pacto en contrario o que, por la naturaleza temporal del Contrato deba deducirse su improrrogabilidad. A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como la Compañía, mediante notificación escrita a la otra parte con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del seguro en curso.

ARTICULO 5: Condiciones de adhesión
Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el cuestionario suscrito por el Asegurador y aceptadas por el Tomador. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del cuestionario boletín de adhesión.

En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

a. Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro colectivo de accidentes.

b. En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.

c. Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al colectivo asegurado.

ARTICULO 6: Pago de las primas del Contrato.
Las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por tiempo inferior,en cuyo caso se constituirá como prima única. No obstante, en las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.
El pago de la primera prima se efectuará en el momento de la firma del Contrato y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.
Si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima,o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro la Compañía quedará liberada de toda obligación.
En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Compañía quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía 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, cuando el Contrato esté en suspenso, la Compañía sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

ARTICULO 7: Declaraciones del Tomador del Seguro
El presente Contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente solicitud, o en la proposición que en su caso haya formulado la Compañía, así como en el Cuestionario presentado por ésta y cumplimentado por el Tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y determina los derechos y obligaciones derivadas del presente Contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador puede exigir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, se estará a lo dispuesto en la póliza.
En el supuesto de indicación inexacta de la profesión del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera profesión del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato presenta una categoría de riesgo superior a la establecida por aquél.
En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la profesión, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación asegurada se reducirá en función a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTICULO 8: Variaciones en la composición del Colectivo.
El Tomador tendrá la obligación de notificar a la Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado. Se observarán los siguientes criterios en relación a las altas y bajas de las personas aseguradas que se produzcan durante la vigencia del Contrato:
a) El Tomador del Seguro comunicará por escrito a la Compañía la incorporación de nuevos Asegurados. Salvo pacto en contrario expresamente indicado en Condiciones Particulares, las inclusiones tomarán efecto a las cero horas del día siguiente a la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la inclusión ha de ser posterior.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

b) Las bajas de Asegurados se comunicarán por escrito a la Compañía y tomarán efecto a las cero horas de la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la exclusión ha de ser posterior.
c) La Compañía procederá, con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares, a la emisión del correspondiente Apéndice en el que se recoja la incorporación o la baja de personas aseguradas, emitiendo el correspondiente recibo de prima o, en su caso, de extorno de prima.

ARTICULO 9: Designación de beneficiarios
Se entiende por Beneficiario la persona física o jurídica a favor de quién se concierta la prestación, designada por el Asociado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.
De no existir designación expresa, la Entidad reconocerá como Beneficiario a la persona o personas que se señalan a continuación y por el orden excluyente que se indica:
a. El cónyuge que conviva con el causante.
b. Sus hijos legítimos, naturales reconocidos y adoptivos, por partes iguales.
c. Sus padres por partes iguales.
d. Los herederos legales.

ARTICULO 10: Acaecimiento del accidente.
El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía, en su domicilio social o en el de cualquiera de sus representantes, el acaecimiento del accidente dentro del plazo máximo de siete días de haberse producido o de haber sido conocido por cualquiera de aquéllos.
En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios que haya sufrido como consecuencia de la falta o retraso de dicha notificación.
Asimismo, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, deberán facilitar a la Compañía toda clase de información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del accidente la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de la información complementaria que la Compañía solicite. El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.
El Asegurado queda obligado, salvo causa justificada, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe la Compañía, si ésta lo estima necesario, a fin de completar los informes médicos solicitados o aportados, y a trasladarse al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán asumidos por la Compañía.

ARTICULO 11: Pago de la prestación.
La Compañía, previa recepción de la documentación que se estipula, para cada Riesgo contratado, en las Condiciones Especiales, y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la indemnización, notificando por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde.

Si, tras el término de las investigaciones y peritaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía considera que tal siniestro no está amparado por las coberturas del Contrato, lo comunicará por escrito al Tomador del Seguro y al Asegurado o, en su caso, a los Beneficiarios, expresando los motivos por los cuales considera que no existe la obligación de abonar indemnización o prestación alguna.

ARTICULO 12: Desacuerdo entre las partes
Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Asegurado sobre el importe y la forma de indemnización, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, para lo cual se aplicarán las siguientes normas:
– Cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiese hecho tal designación, estará obligada a realizarla en el plazo de ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
– Si los Peritos designados llegan a un acuerdo, se reflejará éste en un acta conjunta en la que se harán constar si las lesiones son derivadas de un accidente o de cualquier otro evento, el grado de invalidez resultante de las mismas, si procede, y las demás circunstancias que puedan influir en la determinación de la correspondiente indemnización.
– Cuando no exista acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y en el caso de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen del tercer Perito se emitirá en el plazo que determinen ambas partes, o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación por el Perito tercero de su nombramiento.
– Notificado a las partes el dictamen de los Peritos, será vinculante para aquellas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Compañía y de ciento ochenta días en el del Asegurado, a contar ambos plazos desde la fecha de la notificación del dictamen a cada parte. De no impugnarse judicialmente dicho dictamen por alguna de las partes en los citados plazos, el dictamen pericial devendrá inatacable.
– Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado, la Compañía deberá abonar el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias de cada caso, en el plazo de cinco días.
– En el supuesto de que por demora de la Compañía en el pago de la indemnización devenida inatacable, se viere obligado el Asegurado a reclamarla judicialmente dicha indemnización se incrementará con un interés del 20% anual, a contar desde que la indemnización devino inatacable para la Compañía. En cualquier caso, los gastos originados al Asegurado por el proceso judicial serán a cargo de la Compañía.
– Cada parte abonará los honorarios de su Perito. Los del tercer Perito y los demás gastos que ocasione el dictamen pericial serán de cuenta y a cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía. No obstante, si cualquiera de las partes hubiese hecho necesaria la intervención del tercer Perito por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTICULO 13: Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato
Las comunicaciones que deba efectuar el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, a la Compañía, se cursarán al domicilio social de ésta o al de su representante más cercano al domicilio de aquéllos.
Las notificaciones que efectúe la Compañía al Tomador del Seguro se cursarán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado y comunicado por el Tomador del Seguro a la Compañía de forma fehaciente. Las notificaciones que la Compañía deba efectuar, en su caso, al Asegurado o al Beneficiario, se cursarán por aquélla al domicilio que conozca de estos últimos y de no conocerlo al domicilio del Tomador del Seguro.
Las comunicaciones entre las partes, para que tengan eficacia contractual, deberán efectuarse por escrito y de forma fehaciente.
El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, deberán comunicar la Compañía, también de forma fehaciente, sus cambios de domicilio. Caso contrario, pueden derivarse para el Tomador del Seguro o para el Asegurado los correspondientes perjuicios por la falta de recepción o no recepción puntual de las comunicaciones que les sean cursadas por la Compañía.

ARTICULO 14: Otras obligaciones del Tomador
El Tomador del Seguro se obliga a informar a todos y cada uno de los Asegurados incluidos en el Contrato de seguro del contenido de las Condiciones Generales y Particulares del mismo y, en particular, de aquéllas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los Beneficiarios en su caso, responsabilizándose el Tomador del Seguro de los perjuicios que el incumplimiento de dicho deber de información puedan derivarse para los Asegurados o sus Beneficiarios.

ARTICULO 15: Jurisdicción
El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asociado.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419
PRBTEC019_V1 20250729140844

ARTICULO 16: Normas de protección de datos de carácter personal
Los datos de carácter personal de los Asegurados son imprescindibles para valorar el riesgo, emitir la Póliza y para la perfección, ejecución y cumplimiento del presente Contrato de Seguro.
La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud de seguro es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza. Los datos se incluirán en ficheros automatizados que se destinarán al cumplimiento del objeto del seguro y serán tratados de forma confidencial por la Mutualidad, responsable del fichero.
El Tomador/Asegurado autoriza expresamente a la Compañía para que trate de manera automatizada sus datos de carácter personal, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación que le otorga la Ley 15/1999.

El Tomador comunicará a los Asegurados que sus datos de carácter personal serán aportados, con la finalidad indicada en el párrafo anterior, a PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL que tiene su domicilio social en Calle Antich, 8, Bajos, 07013 PALMA DE MALLORCA, ante quien podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
PREVISION BALEAR, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL se obliga a conservar y tratar los datos personales cumpliendo las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y las medidas de seguridad que asimismo establece el Real Decreto 994/1999 de Junio.

SEGURO DEPORTIVO DE ACCIDENTES
CONDICIONES ESPECIALES

ARTICULO 1: Documentación e información
La documentación a facilitar a las Federaciones Deportivas, consistirá en las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares, que deberán atenerse a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre (Regulación del Contrato de Seguro). Por lo tanto, la póliza será la documentación que acredite a las Federaciones como tomadores del seguro.
El sistema pactado en el presente contrato para la identificación y control del grupo asegurado será mediante relación de asegurados facilitada por el Tomador del Seguro. Por tanto no será necesaria la cumplimentación individual de solicitudes de adhesión al seguro. En consecuencia, se conviene que la compañía aseguradora no estará obligada a emitir certificados individuales de cobertura.
El Tomador del Seguro queda obligado a facilitar al Asegurador relación actualizada de asegurados/federados en la fecha de efecto de la póliza.
Asimismo, se compromete al envío con periodicidad semanal del fichero actualizado de asegurados en vigor. Este fichero debe contener al menos la siguiente información:
- DNI
- Nombre y apellidos
- Categoría,
- Número de póliza
- Número de licencia federativa

Para el caso de los asegurados las licencias federativas y los documentos análogos son los documentos que acreditan al deportista, técnico o directivo como asegurado una vez cumplido el trámite de afiliación.

ARTICULO 2: Fechas de Alta y Baja del Beneficiario en el Seguro.
Con independencia de la fecha de entrada en vigor y vencimiento de la póliza, que se refleja en las Condiciones Particulares de la misma, el asegurado tendrá derecho a las prestaciones desde la fecha de alta considerada por el Asegurador y por un período igual al de vigencia de su licencia federativa siempre que esté dentro de la anualidad del contrato y excepto cuando la póliza sea rescindida por el tomador del seguro, en cuyo caso el seguro quedará sin efecto desde el mismo momento en que la Entidad comunique su decisión de rescindir o anular la póliza.
El Asegurador considerará como fecha de alta del asegurado, la misma propuesta por el tomador del seguro, siempre que se cumplan las condiciones de adhesión establecidas.

ARTICULO 3: Prestaciones.
El Contrato cubre la contingencia de accidente que produzca:
— Asistencia sanitaria.
— Compensaciones económicas por pérdidas anatómicas o funcionales.
— Auxilio al fallecimiento.
En lo términos establecidos en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 4: Comunicación del Siniestro.
Se procederá de la forma establecida en el documento “Protocolo de actuación” que figura como anexo a esta póliza.

ARTICULO 5: Delimitación del Ámbito de la Prestación.
La prestación de asistencia sanitaria cubre el accidente deportivo de los asegurados.
Se entiende por accidente deportivo aquella lesión deportiva que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asociado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.
Las antedichas circunstancias que deben darse al ocurrir el accidente deportivo, para ser considerado como tal, son las siguientes:
1°) Durante la celebración de una competición o actividad deportiva debidamente organizada o dirigida por los organismos deportivos correspondientes y realizados en circuito, estadio, pistas, instalación deportiva, terreno o medio físico necesario y adecuado debidamente definido y autorizado por las correspondientes autoridades federativas, comunitarias o, en su caso, gubernativas.
2°) Durante los entrenamientos o etapas de preparación deportiva, siempre que se realicen en las condiciones de lugar señaladas en el párrafo anterior y en presencia y bajo la dirección de entrenadores, preparadores o personal técnico cualificado de federación, club u organismo deportivo.
3°) En los actos de salvamento realizados por los miembros de la Federación Española de Salvamento y Socorrismo, de los Grupos de Socorro de la Federación Española de Montañismo y de aquellos otros efectuados por especialistas de otras Federaciones en posesión de licencia o título vigente. En estos últimos deberán haber sido requeridos sus servicios por directivos deportivos o por la autoridad competente.
4°) Durante los desplazamientos previamente programados organizados colectivamente o en equipo, dirigidos por el personal directivo del Organismo competente, y utilizando medios públicos regulares de transporte y con motivo de una actividad deportiva debidamente autorizada, esta cobertura tendrá carácter subsidiario.
Igualmente, se cubrirán los accidentes que sufran los deportistas que, con motivo de actividad deportiva autorizada, se desplacen individualmente utilizando medios públicos regulares de transporte; o los directivos federativos que realicen viajes, en comisión de servicios, en vehículos privados, siempre que medie autorización expresa de su Federación.
Asimismo, los árbitros, jueces, cronometradores y técnicos en sus desplazamientos, cualquiera que sea el medio de transporte que utilicen, en las condiciones siguientes:
a) Que el desplazamiento se efectúe a, o desde, el lugar de la actividad deportiva hasta su localidad de residencia habitual.
b) Que el desplazamiento esté motivado precisamente en razón al cargo técnico deportivo del afiliado, para en función a dicho cargo actuar en actividad deportiva debidamente programada.
c) Que figure como asegurado en vigor en la fecha del accidente con su condición de técnico (árbitro, juez, cronometrador, preparador, entrenador).

ARTICULO 6: Accidentes Excluidos.
Quedan excluidos de la póliza:

a) Los accidentes provocados intencionalmente por el Asociado o que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

b) La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.
c) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en las presentes condiciones o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.
d) Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.
e) En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando paracaidismo, vuelo delta y cualquier otra actividad aérea, boxeo, caza mayor fuera de Europa, participando en carreras o rallies de automovilismo, motorismo o motonáutica. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.
f) Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.

Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:
g) Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
h) Los siniestros que deriven de una enfermedad.
i) Los siniestros cuya única manifestación es el dolor sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

Se excluye además de la cobertura del contrato:

j) Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza. Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas. Se entiende por preexistentes aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el asegurado contratado. Se excluyen expresamente aquellas enfermedades que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.
j) Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado de las normas elementales de prevención de riesgos laborales según la legislación vigente.
k) Quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncopes, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurisma, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado.
l) Las consecuencias de los actos médicos o quirúrgicos, a los cuales se someta voluntariamente el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tales como los tratamientos de tipo puramente estético.
m) Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte se accidente tramitado. No obstante, podrá ser atendido de dichas recaídas, dentro de los cinco años siguientes al accidente deportivo cubierto por esta póliza y el lesionado sigue manteniendo su condición de asegurado.
n) Cuando en el transcurso del tratamiento médico, el diagnóstico inicial que dio origen a la prestación médico asistencia, sea modificado sustancialmente, siendo necesarias pruebas diagnósticas diferenciales o se descarte, para valorar de nuevo la etiología de la dolencia.
o) Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y récords o tentativas de los mismos.
p) Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte sino con actividades profesionales paralelas.
q) Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

Enfermedades y lesiones preexistentes: En caso de agravación directa o indirecta de las lesiones y secuelas producidas por un accidente cubierto por la póliza, debido a la existencia de enfermedades o secuelas físicas anteriores a la ocurrencia del siniestro, la Compañía sólo responderá, en cuanto a duración y consecuencias, de las que habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Igual consideración tendrá la agravación motivada por una falta comprobada de cuidados, la aplicación de un tratamiento empírico o a la inobservancia de las prescripciones facultativas.

ARTÍCULO 7: Derecho de Reembolso
En el supuesto que un deportista accidentado, en cuyo accidente concurran las circunstancias de exclusión, fuera atendido por los servicios médicos concertados o no de la compañía aseguradora, ésta solicitará el reembolso de los gastos producidos al Tomador del Seguro y/o en su caso, al asegurado.

ARTICULO 8: Requisitos de la Prestación
Para que el deportista accidentado pueda ser atendido por los servicios médicos del Asegurador, es necesario que llame al teléfono especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo.
El asegurado debe comunicar a la compañía el accidente en un plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia remitiendo el correspondiente Parte de Accidente. En caso de incumplimiento, la compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.
El asegurado se responsabiliza de los gastos a que hubiera lugar, caso de no tener derecho a su asistencia con cargo a este seguro.

COBERTURAS ASEGURADAS
ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y SANATORIAL

ARTICULO 9: Contenido de la Prestación de Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:
1. Consulta médica y enfermería de urgencia.
2. Consultas sucesivas de médicos especialistas.
3. Material e instrumental necesario para curas y yesos.
4. Hospitalización e intervención quirúrgica: Honorarios médicos y ayudantías, anestesistas, gastos hospitalarios y de quirófano en hospitalización médica o quirúrgica derivada de accidente cubierto por la póliza. Gastos de farmacia en hospitalización.
5. Material ortopédico y prótesis y endoprótesis óseas, hasta los límites que respectivamente se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza. En ningún caso estarán cubiertas por la póliza las prótesis externas como gafas, cristales, monturas, lentillas y elementos de similar naturaleza.
6. Rehabilitación.
7. Pruebas diagnósticas requeridas por los especialistas para el tratamiento de las consecuencias de los accidentes cubiertos: Resonancias Magnéticas, Radiografías, Tac, Ecografías.

Asimismo, se hace constar que el límite establecido en procesos infecciosos o patológicos acaecidos por una asistencia tardía o deficiente realizada por un Centro No Concertado de la Póliza es el indicado en las Condiciones Particulares para el caso de Urgencia Vital.

ARTICULO 10: Forma de la Prestación
La asistencia prevista en la condición anterior se prestará por los Facultativos, Centros y Clínicas que la Compañía Aseguradora tenga CONCERTADOS, que deberán ser utilizados obligatoriamente por aquellos deportistas lesionados que deseen recibir estas prestaciones.
No obstante lo anterior, si el asegurado es llevado a otros servicios asistenciales, no concertados, por motivos de gravedad y urgencia, precisando hospitalización, el Asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la misma, siempre y cuando no exista ningún Centro Concertado por el Asegurador a los que poder acudir y la prestación se realice dentro de las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente. En caso de existir Centro Concertado, o no se comunique el ingreso en el centro ajeno al Asegurador, o no se cumplimente el impreso antes indicado, ésta no se hará cargo de ninguna factura del centro no concertado, incluyendo los de la Seguridad Social.
En todo caso y una vez pasada la urgencia y gravedad, y siempre que el estado del paciente lo permita, éste debe ser trasladado a los servicios CONCERTADOS,

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

previa autorización médica y con comunicación a la Mutualidad directamente.
Los gastos producidos en servicios no concertados de la Mutualidad, por lesiones leves y no urgentes o por internamientos en Centros no concertados, cuando existan centros concertados, o no se haya hecho la preceptiva comunicación a la misma, serán reclamados por la Mutualidad a los interesados, encontrándose los asegurados, obligados a abonar la totalidad de los gastos de hospitalización o cualquier otro a que hubieran podido dar lugar.
En el caso de que la asistencia se facturase directamente a la compañía, ésta podrá reclamar su importe al accidentado y/o, en su caso, al Tomador del Seguro.
Cuando un asegurado inicie el tratamiento de su lesión en un Centro Concertado, para cambiar a otro Centro Concertado, será imprescindible la autorización expresa del Asegurador.

ARTICULO 11: Gastos asumidos por el Asegurador.
Los gastos producidos por prótesis u osteosíntesis derivada de una intervención quirúrgica realizada en los Servicios Concertados del Asegurador, correrán a cargo de ésta en su totalidad.

La Mutualidad facilitará gratuitamente el 70% del tratamiento ortésico prescrito por sus Servicios Médicos.

ARTICULO 12: Gastos no incluidos en la Prestación.
No serán satisfechos por la Mutualidad los gastos producidos por:
1. Todo el material prescrito en servicios ajenos a la Mutualidad.
2. El material ortésico prescrito para prevención de accidentes.
3. El prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cayos, etc.) en el supuesto de las plantillas ortopédicas y demás ortopedias.
4. Los gastos derivados de la rehabilitación, en los siguientes casos:
• Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
• Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas de cualquier naturaleza. Los masajes relajantes y antiestrés.
• Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
• Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
• La potenciación muscular.
• Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio y en piscina.
5. Los gastos derivados de las pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.
6. Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
7. Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.
8. Los gastos de farmacia ambulatoria.
9. Los gastos de odonto-estomatología. No obstante, el Asegurador siempre y cuando derivado de un accidente deportivo se produjese una pérdida total o parcial de piezas dentarias que precisen restauración y a la vista del comunicado de accidente y diagnóstico recogido en éste impreso, autorizará previa petición del lesionado, la visita al odontólogo o maxilofacial y podrá conceder una ayuda única y graciable que no podrá exceder de la cantidad especificada en el Para realizar este pago será imprescindible presentar el original de la factura con el sello de pagado o recibí.

ARTICULO 13: Límite de la Cobertura.
Los servicios de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial, incluida la rehabilitación, los prestará el Asegurador durante un plazo máximo de 18 meses por Comunicado de Accidente y lesión declarada en el mismo, por el servicio médico asistencial, siempre y cuando el lesionado durante este período de tiempo esté al corriente del pago de las primas del seguro.

ARTICULO 14: Alta y Baja Deportiva.
Cuando un deportista tenga abierto un expediente por lesión causará inmediatamente baja deportiva, no pudiendo incorporarse a su deporte y presentar nuevo expediente por lesión hasta que el facultativo le dé el alta deportiva y sea conocido por la Mutualidad.

ARTICULO 15: Gastos de Transporte
Quedan cubiertos los gastos de transporte de la primera visita de urgencias al Centro Asistencial Concertado.
Quedan expresamente excluidos de cobertura de la póliza los gastos de búsqueda y rescate de los asegurados.

COMPENSACIÓN ECONOMICA POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES

ARTICULO 16: Contenido de la Prestación.
En caso de invalidez permanente (total, absoluta o gran invalidez), la Entidad pagará al Beneficiario después de quedar determinada la invalidez, la indemnización que resulte según las siguientes normas:
a. En el supuesto de invalidez permanente total se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente total la que imposibilita el desarrollo de la profesión habitual al Asegurado.
b. En el supuesto de invalidez permanente absoluta se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente absoluta la que imposibilita el desarrollo de cualquier tipo de profesión al Asegurado.
c. En el supuesto de invalidez permanente gran invalidez se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por invalidez permanente gran invalidez la que imposibilita el desarrollo normal de la vida al Asegurado, en su aspecto laboral como privado, el cual necesita la ayuda de terceras personas para realizar las funciones vitales básicas.
La determinación del Tipo de Invalidez correspondiente se efectuará de conformidad con el Dictamen Médico de las lesiones ocasionadas por el accidente. Si el Asociado no aceptase la proposición de la Entidad en lo referente al Tipo de Invalidez (total, absoluta o gran invalidez), las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a los Artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.
Ello no obstante si la declaración de invalidez hubiera sido formulada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social, la Entidad estará al resultado de dicha declaración, sin perjuicio de su legitimación para impugnarla.

ARTICULO 17: Derecho de Deducción.
Si una vez abonada al accidentado la compensación económica correspondiente, sobreviniera la muerte dentro del año de la fecha del accidente y como consecuencia del mismo, el Asegurador considerará el pago realizado como un anticipo del importe de la compensación económica por fallecimiento, deduciendo de ésta la cantidad abonada y pagando el resto, si existiera.

AUXILIO AL FALLECIMIENTO

ARTICULO 18: Derecho a la Prestación
Si a consecuencia de accidente cubierto por el contrato fallece el Asociado, inmediatamente o a contar desde la fecha del accidente, la Entidad pagará la indemnización prevista.
El Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

a. Certificado Médico que haya asistido al Asociado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
b. Certificado en extracto de inscripción de defunción en el registro civil.
c. Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad, deberá pagar o consignar la prestación garantizada El capital de fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, el importe de la prestación será de 1.803,04 Euros.

ACCIDENTES OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

ARTICULO 19: Ámbito de Actuación de la Mutualidad en el Extranjero
La Mutualidad cubre los accidentes deportivos que sufran los asegurados componentes de un equipo o, en desplazamientos individuales, con ocasión de actividades deportivas debidamente autorizadas por los Organismos competentes.
En este caso, las prestaciones aseguradas tendrán una limitación de los gastos médico-quirúrgicos y sanatoriales a 6.010,12 Euros.

ARTICULO 20: Requisitos de las Coberturas en el Extranjero
Para que el Asegurador reconozca la prestación que se señala en el artículo anterior, será requisito imprescindible que los Organismos competentes que realicen la afiliación de sus deportistas, comuniquen al menos con siete días de antelación, la autorización de participación y salida de los deportistas para actuar en el extranjero, indicando apellidos y nombre, número del NIF, número de licencia federativa, días de duración del viaje y detalle del recorrido a realizar, así como la denominación y clase de prueba o actividad deportiva en la que participen

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

y lugar o lugares de su celebración. Deberá expresarse, asimismo, el nombre del Jefe de la expedición o federativo encargado de la misma.
Las Federaciones deberán tener en cuenta para solicitar la salida al extranjero:
a) Que existan razones deportivas suficientes justificadas.
b) Que conste que el deportista o deportistas relacionados tienen la capacidad técnica, grado de entrenamiento, material idóneo y responsabilidad necesaria para cubrir sus actuaciones.
c) En los casos de participación en cursillos de aprendizaje o perfeccionamiento, que la Organización extranjera reúnalas condiciones de organización y garantía de seguridad convenientes y que los profesores o jefes de expedición española tienen las cualificaciones técnicas y responsabilidad reconocidas.
d) En los casos en los que se haya solicitado la salida al extranjero solamente para la práctica del deporte en sí y por cuenta del propio deportista, la Mutualidad sólo se hará responsable de facilitar sus prestaciones si el accidente deportivo se produce en las condiciones reglamentadas, no siendo imputable al asegurador ninguna otra responsabilidad.

ARTICULO 21: Forma de la Prestación
El jefe de la expedición realizará las gestiones con la autoridad extranjera para la inmediata asistencia del accidentado, comunicando el accidente al Mediador o en su caso al Asegurador, lo antes posible y, en cualquier caso, dentro de los siete días siguientes a haberse producido. Los expedicionarios procederán al abono de los gastos incurridos por la atención de los lesionados, siendo posteriormente compensados a su llegada a España, siempre que dichos gastos sean debidamente justificados y se hubieran producido reglamentariamente.
Los jefes de expedición, a su llegada a España, deberán dar cuenta al Presidente de la Federación correspondiente, de los detalles del accidente o accidentes ocurridos concretando las circunstancias de los mismos, a fin de que la Federación comunique al Asegurador, lo más rápidamente posible, dichos detalles.
La Mutualidad podrá establecer restricciones en la cobertura de salida al extranjero, pudiendo exigir el pago de una cuota o prima especial para esta cobertura, así como limitar la cuantía de las prestaciones que corresponden a los asegurados relacionados.
En estos casos, al Organismo solicitante le corresponde la responsabilidad de informar a dichos expedicionarios de las posibles limitaciones en la cuantía de las coberturas por si estiman de interés complementarlas en seguros privados, y serán responsables, subsidiarios, del abono de las cuotas fijadas.

ARTICULO 22: Aseguramiento Individual de la Salida al Extranjero.
Los desplazamientos individuales al extranjero, especialmente de los deportistas profesionales, serán objeto de estudio y mutuo acuerdo entre la respectiva Federación y la Mutualidad.
El Asegurador se reserva el derecho de no dar cobertura, de aplicar sobreprimas especiales, o limitación de la cobertura del riesgo en aquellos casos en que, por circunstancias excepcionales de riesgo (duración, distancias, condiciones económicas del país extranjero, profesionalismo, etc.), así lo hiciera necesario.

C/ Gremi Sabaters, 68
07009 Palma
T. 900 720 210
previs.es

MODALIDAD: 15
PÓLIZA: 3304458
RIESGO ASEGURADO: 1
CÓDIGO CONTRATACIÓN: 30117
SUPLEMENTO NÚMERO: 14

COLABORADOR: ASMEVAL CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

EL TOMADOR HA RECIBIDO LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS CLAUSULAS ESPECIALES, SI LAS HUBIERA, Y LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, QUE CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO QUE RECONOCE RECIBIR, SIN VALIDEZ Y EFECTO POR SEPARADO, ACEPTANDO EXPRESAMENTE LAS CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, DEL ASEGURADO Y DE LOS BENEFICIARIOS QUE CONTIENEN Y FIGURAN DE FORMA DESTACADA.

PALMA DE MALLORCA, A 29 de Julio del 2025

EL TOMADOR DEL SEGURO

Ejemplar para la Mutualidad - Devolver firmado

LA MUTUALIDAD ASEGURADORA

Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF – V07103419

PRBTEC019_V1 20250729140844