PÓLIZA DE SEGURO | Condiciones Particulares

Nº 51396429

MGS Seguros

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

APÉNDICE	NÚMERO GENERAL: 51791943
TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACION MADRILEÑA DE TIRO CON ARCO N.I.F.: G79274726 CARRETERA EL PARDO KM:1 28035 MADRID
COMUNICACIÓN	CARRETERA EL PARDO KM:1 28035 MADRID MI BUZÓN EN ZONA PRIVADA DE WWW.MGS.ES CORREO ELECTRÓNICO: SECRETARIA@FMTA.NET
FECHA DE EFECTO	14:18 HORAS DEL DÍA 1 DE OCTUBRE DE 2022
FECHA EFECTO APÉNDICE	13:07 HORAS DEL DÍA 7 DE OCTUBRE DE 2026
DURACIÓN	ANUAL PRORROGABLE
FECHA DE VENCIMIENTO	EL DÍA 1 DE OCTUBRE DE CADA AÑO
MONEDA	EUROS
PRIMA NETA ANUAL	20.200,00
FORMA DE PAGO	ANUAL

DESGLOSE DEL RECIBO — VALORACIÓN DESDE:07-10-2026 HASTA:01-10-2027

PRIMA NETA	1.439,82
CONSORCIO	30,03
TRIBUTOS	2,16
IMPUESTO PRIMAS SEGURO	115,19
IMPORTE TOTAL	1.587,20

DOMICILIACIÓN BANCARIA (MANDATO:S00100150590164)	BANCO O CAJA DE AHORROS 0019 SUCURSAL O AGENCIA 0341 Nº DE LIBRETA O CTA. CTE. 4010026310 IBAN:ES5600190341944010026310 TITULAR DE LA CUENTA: EL TOMADOR
SUCURSAL DE SERVICIO	CENTRO CORREDORES CALLE ALCALA NUM:65 28014 MADRID TELEF.: 915750804
DISTRIBUIDOR	SAEZ DE MONTAGUT & MORENO, CORREDURIA DE SEGUROS, S.L. CORREDOR, inscrito en la DGSFP con clave de registro J2139.

MGS Seguros

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

ASEGURADO

FECHA DE EFECTO	13:07 DEL DÍA 7 DE OCTUBRE DE 2026	
DESCRIPCION RIESGO	PERSONAL INSCRITO EN LA FEDERACION MADRILEÑA DE TIRO CON ARCO	
Nº ASEG. INNOMINADOS	4.814	
GARANTÍAS	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	18.000,00
	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	24.000,00
	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	24.000,00
	ASISTENCIA SANITARIA	

ESPECIFICACIONES

EXCLUSION GASTOS DE SEPELIO Y TRASLADO DE CADÁVER

En ningún caso, será de aplicación lo previsto en las Condiciones Generales de lapóliza (apartado 6-1.) en relación a los gastos de sepelio, y traslado de cadáver.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Según los términos previstos por el Real Decreto 849/1993 de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo, el presente contrato de seguro da cobertura a las lesiones derivadas de un accidente deportivo, es decir, toda lesión o patología originada producida por un traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado durante la práctica deportiva, y que provoque una alteración en la salud del asegurado.

Dentro de las garantías del seguro se incluyen únicamente los accidentes deportivos ocurridos en las competiciones, durante el calentamiento previo y los entrenamientos oficiales.

En el caso de fallecimiento de un asegurado que no hubiera cumplido los 14 años de edad en la fecha del accidente, la indemnización que el Asegurador abonará será en concepto de gastos de sepelio y traslado del cadáver, el importe del que no podrá ser superior al que figura en concepto de capital de fallecimiento.

RELACIÓN DE GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS

- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO: 18.000,0€.
- FALLECIMIENTO DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA PERO SIN CAUSA DIRECTA CON LA MISMA: 1.805 €.

- INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO: 24.000,00 €.
- INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE DEPORTIVO HASTA: 24.000,00 €.

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

- ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN CENTROS CONCERTADOS

- ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CENTROS CONCERTADOS.
- ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN RÉGIMEN HOSPITALARIO.
- ASISTENCIA DE PRÓTESIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN RÉGIMEN HOSPITALARIO.
- GASTOS DE REHABILITACIÓN.
- ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO HASTA 6.000 EUROS.
- GASTOS MATERIAL ORTOPÉDICO PARA CURACIÓN DE ACCIDENTES (HASTA 70% COSTE DE ADQUISICIÓN).
- GASTOS ODONTOLÓGICAS HASTA 240,40 EUROS.
- GASTOS DE TRASLADO O EVACUACIÓN DEL LESIONADO DEL PUNTO DE ACCIDENTE AL CENTRO MÉDICO.

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO EN CENTROS CONCERTADOS

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria y en base a lo establecido por el Real Decreto 849/93, de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo, se hace constar que como consecuencia de un accidente deportivo garantizado en póliza, el Asegurador asume los gastos de asistencia médica y hospitalización de forma ilimitada con límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente, con las siguientes condiciones:

- La asistencia sanitaria debe efectuarse únicamente en Centros o por Facultativos designados por el Asegurador. En caso contrario, el Asegurado asumirá íntegramente los gastos originados.

- En caso de URGENCIA VITAL, el Asegurado podrá recibir asistencia médica de urgencias en el centro sanitario más próximo. En este caso, El Asegurador se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente garantizado en la presente póliza.

Se entiende por URGENCIA VITAL la situación grave que requiere de atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del asegurado de forma inmediata.
Una vez superada la primera asistencia médica de urgencias, el Asegurado deberá ser trasladado al centro médico concertado designado por el Asegurador más próximo al lugar del accidente para continuar con el tratamiento.

En caso de permanencia en centro médico no concertado, el Asegurador no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, teniendo que asumir las mimas el propio Asegurado.

- La cobertura de asistencia sanitaria no incluye los gastos farmacéuticos, salvo en régimen hospitalario, así como el material que se necesite para tratar ambulatoriamente el lesionado, es decir, siempre que no necesite un ingreso sanatorial.

- ASSISTENCIA DE PRÓTESIS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN RÉGIMEN HOSPITALARIO

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

- REHABILITACIÓN

- ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO HASTA 6.000 EUROS

En caso de un accidente deportivo ocurrido en el extranjero, la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial se encuentra incluida, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.000 € en centros de libre elección, y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

- MATERIAL ORTOPÉDICO

Quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe del 70 por cien del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por el Asegurador, en caso contrario, el Asegurado tomará a su cargo los gastos incurridos.

- ASISTENCIA DENTAL
Quedan cubiertos los gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta un límite máximo de 240,40€.

Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por el Asegurador, en caso contrario, el Asegurado tomará a su cargo los gastos incurridos. Los daños en prótesis, aparatos de ortodoncia u ortopedia dentaria preexistentes quedan excluidos.

- TRASLADO SANITARIO

El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado. El transporte sanitario en ambulancia, sólo está contemplado en los casos en los que la lesión lo exija y sea a Centro Médico Concertado.
Queda cubierto únicamente el primer traslado o evacuación del lesionado a los centros concertados por medio de ambulancia u otro medio similar siempre que:
Se trate de una lesión grave y urgente que no pueda ser atendida por los medios de la organización de la prueba o entrenamiento.

Que el lesionado quede hospitalizado.

En cualquier caso el Asegurador asumirá los gastos derivados de un único traslado.

- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las lesiones que requieran intervención quirúrgica fuera de la Urgencia Vital, se deberán realizar en los centros concertados designados por el Asegurador. No se realizarán

intervenciones quirúrgicas en todos los centros concertados, por lo que será el Asegurador el que informará al Asegurado de los centros concertados donde puede realizarse la misma.

En caso de que el lesionado decida no intervenirse en el centro concertado facilitado por el Asegurador, deberá firmar un documento de renuncia, pudiendo realizar la misma en un centro de su propia elección. En este caso el Asegurador no asumirá ningún gasto desde que el lesionado rechaza la continuidad en centro concertado, hasta el alta médica definitiva o estabilización.

El lesionado estará obligado a la entrega al Asegurador del alta definitiva para futuros siniestros si se produjeran.

Las pruebas, tratamientos, agravación de la lesión o consecuencias derivadas de las intervenciones realizadas en centro médico no concertado, no estarán cubiertas por el Asegurador.

- AUTORIZACIONES

Todas las consultas con especialistas, pruebas diagnósticas y tratamientos necesitarán autorización previa del asegurador.
Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del asegurador correrá a cargo del Asegurado.

El Asegurado no podrá acudir simultáneamente o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del asegurador.

- AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria, se hace constar que el periodo de prestación de la garantía de asistencia sanitaria, queda ampliada a 18 meses en lugar de los 12 meses indicados inicialmente.

- DECLARACIÓN DEL SINIESTRO
Para que el siniestro quede cubierto por la presente póliza, es requisito imprescindible que la declaración de siniestro se comunique previamente llamando al teléfono 902120863 y siempre en un plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro. En caso de incumplimiento de este plazo conllevará la no cobertura del siniestro.

EXCLUSIONES

De mutuo acuerdo entre el Tomador y el Asegurador se conviene que las prestaciones contratadas en la presente póliza no dan cobertura a los accidentes padecidos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato o la fecha de adhesión de algún nuevo asegurado aunque las consecuencias del accidente persistan, se manifiesten, se reclamen o se determinen durante la vigencia del mismo.

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

EXCLUSION DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MÉDICA

Cuando un deportista tenga abierto un expediente por accidente deportivo causará baja deportiva de forma inmediata. No se podrá incorporar a su deporte y presentar nuevo expediente por accidente deportivo hasta que el facultativo le dé de alta deportiva y sea reconocido por el Asegurador.

EXCLUSION ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS DE LIBRE ELECCION

Modificando lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza en referencia a la garantía de Asistencia Sanitaria, se hace constar que queda excluida la Asistencia Sanitaria prestada por facultativos y centros médicos de libre elección, excepto la necesaria asistencia de carácter de urgencia vital.

EXCLUSIONES EN LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Quedan excluidas las lesiones no accidentales, enfermedades o patologías crónicas, producidas por la práctica habitual del deporte, por micro-traumatismo repetido y no en un momento puntual, como son:

Tendinitis y bursitis crónicas (osteopatía dinámica de pubis, codo de tenista, codo de golf, rodilla de saltador, tendinitis del manguito, patología de las inserciones, etc.)

Patología degenerativa o lesiones derivadas de ella (artrosis, artritis reumatoide, hernias discales, etc.)

Otros procesos considerados enfermedades del aparato locomotor, como artritis sépticas, enfermedades de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuy, etc.

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 diagnostico concreto.

Se entiende por preexistencia 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. Se excluye expresamente aquellas patologías que sean consecuencia de la práctica continuada de un deporte.
Quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y sincopes, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurismas, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardiacas y fracturas patologías del Asegurado.

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

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

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

Los que se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte salvo que las mismas estén cubiertas expresamente en la póliza.

Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica de su deporte.

Lesiones que no tengan un origen traumático.

Lesiones degenerativas.

Gonalgias o dolores sin origen traumático (dolores de espalda, ambas rodillas etc.)

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACION DE LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

- Todo material prescrito en servicios ajenos a la Compañía.

- El material ortésico prescrito para prevención de accidentes.

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

- Los gastos derivados de rehabilitación en los casos siguientes:

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

- Los gastos por tratamiento de algias inespecíficas (no existe causa definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: Alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y anti estrés o Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento. o Los gastos por enfermedades cónicas musculo tendinosas, reumáticas y degenerativas.

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

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

- Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos de donante vivo o donante cadáver.

- Tratamientos que implanten cultivos con células madre o factores de crecimiento.

- Los gastos de farmacia ambulatoria.

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

- Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva.

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

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

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos:

Finalidades:
- Gestión de los contratos de seguro.
- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones.
- Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual.
- Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.

Legitimación:
- Consentimiento contractual.
- Interés legítimo del responsable del tratamiento.
- Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Destinatarios:
- En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Derechos:
- A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento.

Procedencia:
- En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento.

Información adicional:
- Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de

nuestra página web www.mgs.es

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo, y de la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, de su Reglamento de desarrollo y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.

2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Calle Don Jaime I, 32, 50001, Zaragoza, España.

3. Puede acceder informe sobre la situación financiera de la solvencia de la Entidad a través de nuestra página web www.mgs.es o solicitarlo en cualquiera de nuestras oficinas.

4. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Empresa del Estado Español.

5. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.

6. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono al 918 073 709, así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Julián Camarillo, 29, Ed. 2, 4ª pl. izqda. 28037 Madrid, al teléfono 913 104 043, así como a través del e-mail reclamacionesorg.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid o a www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en www.mgs.es y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

COMUNICACIONES

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

Las comunicaciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario al Asegurador se realizarán por escrito en el domicilio de la sucursal de servicio que figure en la póliza.

En el caso de que se realizaran a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubieran efectuado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. No obstante, **las comunicaciones del Tomador al Corredor de seguros no se entenderán hechas al Asegurador.**

En todo caso, **se precisará del consentimiento expreso del Tomador para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.**

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Por vía postal.
- Mi buzón en zona privada de www.mgs.es.
- Telefónicamente, incluso por mensaje de texto.
- Correo electrónico.

El Tomador será responsable de comunicar al Asegurador cualquier modificación de domicilio postal, teléfono y dirección de correo electrónico con el fin de mantener actualizada la información de contacto. El Asegurador realizará la comunicación utilizando el último dato informado por el Tomador de cada uno de estos medios.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador que suscribe reconoce haber recibido en este momento y con anterioridad a la celebración del contrato de seguro la información prevista en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras así como y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 7 y 8 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, y el artículo 27 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico y según la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, así como, en su caso, el documento de información sobre el producto de seguro según el Reglamento de ejecución (UE) 2017/1469 de la Comisión, de 11 de agosto de 2017 y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto.

ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL APÉNDICE

Las Condiciones Particulares del presente apéndice sustituyen a las anteriores en su totalidad.

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

1. Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

A - COBERTURA

2. Objeto del seguro

Por el presente contrato MGS,Seguros y Reaseguros S.A. se obliga a satisfacer al ASEGURADO, o en su caso al BENEFICIARIO, las indemnizaciones pactadas para el supuesto de que sufra un accidente cubierto por la póliza.

3. Accidentes cubiertos

3.1. Se entiende por accidente cubierto por la presente póliza, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

En cualquier caso, y salvo pacto en contrario, **no quedarán incluidas dentro de la cobertura de la póliza las consecuencias que sufra el ASEGURADO derivadas de infarto de miocardio.**

3.2. Los accidentes de aviación que sufra el ASEGURADO quedarán incluidos, **siempre que ocupe plaza como pasajero en los siguientes medios de transporte:**

. Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.

. Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.

. Aparatos de transporte de pasajeros que sean propiedad del estado español u organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

3.3. Los accidentes declarados como catastróficos por el Consorcio de Compensación de Seguros se regularán de acuerdo con lo establecido en el punto 15 de la presente póliza.

4. Accidentes excluidos

No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Punto 15).

Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.

5. Personas Aseguradas

A los efectos de la cobertura de esta póliza se entienden como Personas Aseguradas todos los empleados del Tomador del seguro afiliados a través de éste a la Seguridad Social y que, por lo tanto, figuren en la Relación Nominal de Trabajadores (RNT) de la Seguridad Social y que se encuentren adscritos al Convenio asegurado.

6. Garantías aseguradas

El presente contrato incluye las garantías que a continuación se describen, siempre que hayan sido pactadas en la póliza.

6.1. FALLECIMIENTO

Las garantías e importes garantizados en la presente póliza son los que figuran especificados en las Condiciones Particulares.

6.2. INVALIDEZ PERMANENTE

a) Absoluta: Se entiende que la invalidez permanente es absoluta cuando inhabilite por completo al ASEGURADO para todo tipo de profesión u oficio y para este supuesto la indemnización a pagar será la totalidad del capital asegurado para esta garantía.

b) Parcial: Se entiende que la invalidez permanente es parcial, cualquiera que no siendo declarada como absoluta, suponga una lesión en el Asegurado que sea irreversible y le produzca pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano de su cuerpo. **La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital asegurado para la Invalidez Permanente Parcial, los porcentajes previstos en el siguiente Baremo:**

Pérdida completa o impotencia funcional completa y permanente de ambos brazos o manos o de un brazo y una pierna o de un brazo y un pie o de ambas piernas o de ambos pies	100%
Parálisis completa	100%
Trastorno mental incurable que impide cualquier tipo de trabajo	100%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida total de la visión de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total y absoluta del habla	60%
Pérdida total del olfato o el gusto	3%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria normal	5%
Pérdida total del maxilar inferior o mandíbula	25%
Pérdida total de un testículo	5%
Pérdida total de ambos testículos	15%

Extremidad superior

	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de la extremidad superior	70%	60%
Pérdida total del antebrazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del pulgar y el índice	40%	30%
Pérdida total de 3 dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida total de 3 dedos que no sean ni pulgar ni índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar	22%	18%

Pérdida total del índice	15%	2%
Pérdida total del dedo medio, anular o meñique	8%	6%
Pérdida total del movimiento del hombro	20%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%

Extremidad inferior

Pérdida total de la pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida total de la pierna por debajo de la rodilla	40%
Pérdida total del pie comprendiendo todos los dedos	40%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de uno de los demás dedos del pie	3%
Pérdida total del movimiento del tobillo	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	20%
Pérdida total del movimiento de la cadera	20%
Acortamiento de 5 o más cm. de una extremidad inferior	8%

Columna vertebral

Hernia discal	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra hasta el 25%	5%
Fractura o aplastamiento de una vértebra del 26% al 50%	10%
Fractura o aplastamiento de una vértebra superior al 50%	25%

	Posición neutra	Posición desfavorable
Anquilosis de la columna cervical (7 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de la columna dorsal (12 vértebras)	10%	20%
Anquilosis de la columna lumbar (5 vértebras)	20%	40%
Anquilosis de toda la columna	42%	70%

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.

2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.

3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos de las mismas pueda superar el 100%.

4. Si el ASEGURADO presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.

5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.

6. Si el ASEGURADO es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

En el supuesto que el ASEGURADO quede afectado por una Invalidez Permanente que

supere el grado del 25%, podrá someterse a una intervención de cirugía estética reparadora, asumiendo el ASEGURADOR dichos gastos, **hasta el 5% del capital de Invalidez Permanente, con un máximo de 3.000 euros. La intervención o en su caso la implantación de prótesis, deberá hacerse en un plazo máximo de tres años a contar desde la fecha del accidente.**

6.3. INVALIDEZ TEMPORAL

Se entiende por invalidez temporal la situación física determinante del impedimento total del ASEGURADO para dedicarse a sus ocupaciones profesionales, derivándose, por lo tanto, un quebranto económico en los ingresos procedentes de la actividad laboral.

A los efectos de este contrato se considerará impedimento total y consecuentemente se abonará la indemnización diaria pactada, cuando el ASEGURADO deba estar permanentemente en período de internamiento, entendiendo por tal el tiempo durante el cual el ASEGURADO, por prescripción siempre de un médico y bajo continua asistencia médica, deba estar ingresado en un centro sanitario o permanecer en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido, o se trate de un paciente al que se le haya aplicado férulas, yesos u otro tipo de medio de fijación externa que le impida totalmente dedicarse a sus ocupaciones profesionales.

De producirse alguna de estas circunstancias, se abonará al ASEGURADO la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares, hasta que, en su caso, se determine el grado de invalidez permanente del ASEGURADO, **no pudiendo superar el período máximo de 365 días, a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.**

En los accidentes de tratamiento quirúrgico **el plazo preoperatorio, es decir, el tiempo que medie entre la prescripción de la intervención y su realización no podrá exceder de 30 días, siendo éste el periodo máximo a indemnizar por el plazo de tiempo antes citado.**

6.4. ASISTENCIA SANITARIA

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos que se produzcan hasta el total restablecimiento del ASEGURADO **y por un plazo máximo de indemnización de 365 días.**

Al propio tiempo, se entenderán incluidas las prótesis internas y los medios de fijación, tanto internos como externos. **Quedan expresamente excluidas las prótesis externas y los aparatos ortopédicos.**

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el ASEGURADOR.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del ASEGURADO, los costes que deberá soportar el ASEGURADOR **quedarán limitados a la cifra de 600 euros.**

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

7. Ámbito de cobertura

7.1. Salvo pacto expreso, la presente póliza otorga cobertura al ASEGURADO durante las veinticuatro horas del día.

7.2. Las garantías cubiertas son válidas para cualquier parte del mundo. **Cuando el accidente ocurra en el extranjero y el ASEGURADO no pueda ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en el extranjero en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 euros.**

B - SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

8. Actuación en caso de siniestro

El TOMADOR del seguro, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicha obligación, el ASEGURADOR podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el ASEGURADOR había tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Asimismo, deberán permitir la actuación de los peritos designados por el ASEGURADOR para la correcta evaluación del siniestro.

En aquellos siniestros en los que el Tomador tenga la condición de ASEGURADO o BENEFICIARIO, el ASEGURADOR podrá proceder al pago de la indemnización en la cuenta bancaria que conste indicada en cada momento para la domiciliación de los recibos de prima.

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO deberán, además, facilitar al ASEGURADOR cuanta información posean sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En cualquier caso, el Tomador deberá aportar la siguiente documentación:

.Certificado de la entidad competente de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales indicando la aceptación de la prestación y su firmeza correspondiente.

.TC1 y TC2 correspondiente a la fecha del hecho causante.

9. Indemnización por Fallecimiento

El ASEGURADOR después de calificar el siniestro como cubierto, pagará o consignará el capital asegurado una vez que el TOMADOR o BENEFICIARIOS, le hayan presentado los siguientes documentos:

a) Certificado del médico que haya asistido al ASEGURADO 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 y, en su caso, la condición de BENEFICIARIO.

d) Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

De no existir designación expresa de BENEFICIARIO, lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales.

Si el fallecimiento del ASEGURADO sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el ASEGURADOR se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.

10. Indemnización por Invalidez Permanente

El ASEGURADOR en función de la documentación facilitada por el ASEGURADO, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, **pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.**

El ASEGURADOR notificará por escrito al ASEGURADO la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto al respecto por la Ley de Contrato de Seguro.

11. Indemnización por Invalidez Temporal

El ASEGURADO pondrá en conocimiento del ASEGURADOR en un plazo de 72 horas y, en todo caso, en el máximo de 7 días señalado en el punto 8 de las presentes Condiciones Generales, la fecha de ocurrencia del siniestro y sus causas, acompañando el informe médico de primera asistencia médica.

A partir de la citada comunicación, deberán ser los Servicios Médicos del ASEGURADOR quienes validen la baja, atendiendo a su causa y coberturas pactadas, asumiendo, en su caso, el seguimiento médico del ASEGURADO y extendiendo el alta médica cuando así lo consideren, finalizando en esa fecha el periodo de invalidez temporal objeto de esta cobertura.

12. Indemnizacion por Asistencia Sanitaria

En el caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el ASEGURADOR facilitará al ASEGURADO el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia, para lo cual deberá llamar al teléfono Nº. 917 572 404.

C - BASES CONTRACTUALES

13. Declaraciones

13.1. CUESTIONARIO

El TOMADOR del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al ASEGURADOR, de acuerdo con la solicitud-cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas, y que serán la base de la valoración del riesgo por parte del ASEGURADOR.

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

13.2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El TOMADOR del seguro o el ASEGURADO deberán, durante el curso del contrato, comunicar al ASEGURADOR tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Esta disposición no será de aplicación para la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

14. Actualización anual de las primas

Con el fin de mantener la necesaria suficiencia de las primas, el ASEGURADOR incrementará, en cada vencimiento anual, la prima de la garantía de Asistencia Sanitaria, en un porcentaje equivalente al incremento experimentado por el grupo Medicina del I.P.C. a 31 de diciembre de cada año.

D. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

15. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

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

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

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

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

15.1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

15.1.1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a

120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

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

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

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

15.1.2. RIESGOS EXCLUIDOS

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

15.1.3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

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

15.2. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

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

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

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

CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR

La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos, como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido.

SEGURO DE ACCIDENTES INNOMINADOS

DOCUMENTO DE 20 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN MADRID A 7 DE OCTUBRE DE 2026

Con el objetivo de dotar al presente contrato de mayor seguridad, este documento incorpora un certificado electrónico emitido por CA - MGS, Seguros y Reaseguros S.A. y un código seguro de verificación generado específicamente acorde a su contenido.

El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.

El Tomador

MGS Seguros
Vicepresidente Ejecutivo
Director General



FEDERACION MADRILEÑA DE TIRO