Concierto entre Nueva Mutua Sanitaria y la FEDERACIÓ AÈRIA CATALANA para cubrir accidentes que puedan sufrir los deportistas federados

PÓLIZA N. º 000/241

NUEVAMUTUASANITARIA

Condiciones Generales, particulares y especiales

En Madrid, a 16 de diciembre de 2024

De una parte: D. Alfredo Sánchez Chacón, mayor de edad con DNI 47.756.429 - B presidente de la FEDERACIÓ AÈRIA CATALANA, con domicilio en Rambla Guipúscoa, 23, 5C 08018 Barcelona y Q-5856330-E.

De otra parte, D. José Manuel Ruiz Muñoz, mayor de edad, con DNI 05.204.307 M en representación de NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FJA, con domicilio social en Calle Villanueva, 14, 4º, 28001 Madrid

Ambas partes, según intervienen, se consideran recíprocamente con capacidad suficiente para formalizar el presente contrato. Póliza N.º 000/241

Conciertan la suscripción de un seguro de accidentes de NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FJA. (en adelante, Mutua), cuyos beneficiarios serán los asegurados designados por la FEDERACIÓ AÈRIA CATALANA (en adelante, el TOMADOR), debidamente comunicados a la Entidad, que participen en competiciones oficiales de ámbito internacional, estatal, autonómico o local, con el alcance previsto en el presente documento.

Este contrato se lleva a cabo bajo las condiciones que a continuación se expresan:

Artículo PRELIMINAR

Legislación e instancias de reclamación

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por la Ley 50/80 de 8 de octubre de contrato de seguro y el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo, y por lo convenido en las condiciones generales y particulares de este contrato y en los suplementos que se puedan emitir.

La Mutua, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual la Mutua pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de la Mutua
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.
- Por correo electrónico a la dirección: sac@nuevamutuasanitaria.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contado desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez 80, 1º Dcha., 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de un mes, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

Definiciones

En este contrato se entiende por:

1. ACCIDENTE

La lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, en el ejercicio de la actividad deportiva designada a la contratación de la póliza, que lesione al Asegurado o le produzca invalidez o muerte.

Solo tiene la consideración de accidente asegurado el ocurrido durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento o desplazamiento, debidamente programados y organizados o dirigidos por la Federación, Club u Organismo Deportivo y **no tienen tal consideración la práctica privada del deporte de que se trate**.

Se entiende por accidente deportivo, el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva designada a la contratación de la póliza, en el cual se produce una lesión para el deportista, sin patología ni alteración anatómica previa. Salvo pacto en contrario, se incluyen exclusivamente los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento o desplazamiento, debidamente programada y organizada o dirigida por la Federación, Club u Organismo Deportivo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte

2. ASEGURADO

Persona física, sobre cuya vida se estipula el contrato.

3. ASEGURADOR

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con domicilio en Madrid, calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001, se encuentra inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332 y provista de C.I.F. V-86444965 (en adelante, la "**Mutua**") y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: M-380. La Mutua se encuentra sujeta al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital

4. CAPITAL ASEGURADO

Cantidad establecida en las condiciones particulares de la póliza y en su caso en las condiciones especiales, que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías.

5. CERTIFICADO DE SEGURO

Documento que el Tomador del Seguro entregará al Asegurado en el momento de expedición de la licencia deportiva y que contiene las menciones al Asegurador, al Asegurado y al beneficiario, así como los riesgos incluidos y excluidos y las prestaciones garantizadas.

6. GRAN INVALIDEZ

Situación por la que el Asegurado afecto de invalidez permanente y como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales generadas por un accidente, necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de su vida, tales como vestirse, desplazarse, comer, lavarse o análogos.

La declaración de Gran Invalidez corresponde concederla a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades, o a los Tribunales del Orden Jurisdiccional de lo Social.

Se entenderá producida la situación de Gran Invalidez en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

7. GRUPO ASEGURADO

Conjunto de deportistas, entrenadores, encargados de material, preparadores, fisioterapeutas, ATS, médicos, delegados y árbitros dados de alta en la Federación contratante.

No forman parte del grupo asegurado las personas invidentes, paralíticas o sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataque de "delirium tremens".

8. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

Situación física **irreversible y sin previsión de mejoría** como consecuencia de un accidente, que impida al Asegurado el ejercicio permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional, y que, en su caso, **extinga la relación laboral**.

Se entenderá producida la situación de Invalidez Permanente Absoluta en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

A efectos de la póliza no se considera producida la Invalidez Permanente Absoluta cuando hay expresa previsión de mejoría y reserva del puesto de trabajo.

No obstante, se considera ocurrida la Invalidez Permanente Absoluta cuando no se produzca la revisión por mejoría en un plazo máximo de dos años, a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente con reserva del puesto de trabajo, o bien se dicte resolución que anule dicha previsión de mejoría y decrete la extinción de la relación laboral.

9. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Situación física del Asegurado que, como consecuencia de un accidente, supone la pérdida de algunos de sus miembros o la disminución funcional de los mismos que no constituya una incapacidad permanente total ni absoluta para todo trabajo.

10. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Situación física **irreversible y sin previsión de mejoría** como consecuencia de un accidente, que impida al Asegurado el ejercicio permanente de su relación laboral o actividad profesional, y que, en su caso, **extinga la relación laboral**.

Se entenderá producida la situación de Incapacidad Permanente Total en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

A efectos de la póliza no se considera producida la Invalidez Permanente Total cuando hay expresa previsión de mejoría y reserva del puesto de trabajo.

No obstante, se considera ocurrida la Incapacidad Permanente Total cuando no se produzca la revisión por mejoría en un plazo máximo de dos años, a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente con reserva del puesto de trabajo, o bien se dicte resolución que anule dicha previsión de mejoría y decrete la extinción de la relación laboral.

11. PÓLIZA

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares que individualizan el riesgo, las especiales, si procedieran, los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla y el certificado de seguro.

12. PRIMA

El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean aplicables de acuerdo con la normativa legal vigente en cada momento.

13. SINIESTRO

Hecho cuyas consecuencias están cubiertas por la póliza conforme a lo establecido en la misma. El conjunto de daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.

14. TOMADOR

La Federación deportiva española o la Federación de ámbito autonómico integrada en aquella que juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Artículo 1 GARANTÍAS DEL SEGURO

Coberturas y Garantías relacionadas en Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo**.** Dentro de los límites establecidos en la póliza, y **hasta finalizar la anualidad de seguro en la que el Asegurado cumpla los 85 años para los deportes de tierra y los 75 año para los de aire**, el seguro garantiza los riesgos cuya cobertura se especifica a continuación:

1.1. Fallecimiento.

El Asegurador abonará al Beneficiario uno de los dos capitales establecidos en las condiciones particulares en caso de fallecimiento del Asegurado ocurrido **dentro del plazo máximo de un año desde la fecha del accidente,** según:

- El accidente tenga por motivo la causa de la práctica deportiva.
- El accidente que no se produzca a causa de la práctica deportiva, pero que ocurra durante la misma.

Si el fallecimiento se produce después del pago de una indemnización por la garantía de Invalidez Permanente Parcial y como consecuencia del mismo accidente, **la Entidad abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de fallecimiento, si esta es superior.**

Suma asegurada por fallecimiento deportivo: 6.010,12 €
Suma asegurada por fallecimiento durante la práctica deportiva, pero sin causa directa de la misma: 1.803,03 €

1.2. Garantías de invalidez

El Asegurador abonará el capital establecido en las condiciones particulares, en caso de Gran Invalidez, Invalidez Permanente Absoluta e Invalidez Permanente Total del Asegurado como consecuencia directa de un accidente y **siempre que la misma se produzca dentro del plazo máximo de un año desde el acaecimiento de dicho accidente**.

El pago de la indemnización por estas garantías extingue el contrato.

En caso de Invalidez Permanente Parcial, el Asegurador abonará la cuantía de la indemnización que le corresponda conforme al grado de limitación de la actividad que se obtenga de aplicar el siguiente baremo sobre el capital asegurado para Invalidez Permanente Total:

Pérdida Total:	
Del brazo o de la mano	70%
Del movimiento del hombro	25%
Del movimiento del codo	20%
Del movimiento de la muñeca	20%
Del pulgar y del índice	35%
De tres dedos que no sean pulgar o índice	25%
De tres dedos incluidos el pulgar o el índice	30%
Del pulgar y otros que no sea el índice	25%
Del índice y otros que no sea el pulgar	20%
Del pulgar sólo	20%
Del índice sólo	15%
Del medio, anular o meñique	10%
De dos de estos últimos dedos	15%
De una pierna	60%

Pérdida Total:	
De un pie	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	50%
Sordera completa de un oído	15%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40%
Fractura consolidada de una rótula	30%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de un pie	10%
Pérdida de otro dedo del pie	5%

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y el baremo anterior.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme al artículo 11 de estas condiciones generales.

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se determinará por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión y como máximo hasta el 100 por 100 de la Suma Asegurada.

Por cada falange de los dedos, únicamente se considerará Invalidez Permanente la pérdida anatómica total y la indemnización se establecerá de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad; por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio, ambas fracciones sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no esté expresamente indicada en el baremo de porcentajes anteriormente citado, la indemnización se establecerá teniendo en cuenta el grado en que resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado, según los dictámenes médicos, sin tener en cuenta la profesión del mismo.

En todo caso la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considerará como una pérdida anatómica.

En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado, se reducirá proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos físicos o funcionales, éste tendrá derecho a percibir solamente la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Una vez abonada la indemnización por la garantía de Invalidez Permanente Parcial, la póliza continuará en vigor para la garantía de Fallecimiento y el capital asegurado por dicha garantía se reducirá en el importe abonado.

Suma Asegurada: 12.020,24 €

1.3. Asistencia sanitaria

En caso de accidente cubierto por la póliza la Entidad se compromete a la prestación de servicios médicos, clínicos y farmacéuticos necesarios para la curación, a través de los proveedores de servicios sanitarios debidamente autorizados e incluidos en cada momento en el Cuadro Médico de la Entidad, pudiendo los

Asegurados acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas y de Atención Primaria que forman parte de dicho Cuadro Médico.

Los casos de urgencia vital serán atendidos en el centro más cercano al lugar en el que se encuentre el Asegurado. Si se tratarse de un centro público o privado ajeno al Cuadro Médico, la Entidad abonará al Asegurado, previa justificación, los gastos médico-asistenciales exclusivamente de carácter urgente. El Asegurado o, en su caso, sus familiares, deberán comunicar el siniestro a la Mutua por cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a su ocurrencia. Siempre que la situación clínica del Asegurado lo permita, será trasladado a un centro del Cuadro Médico.

Se incluyen únicamente las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, **por traumatismo puntual, violento, súbito y externo ocurrido durante la práctica deportiva** (incluidos tirones musculares), **siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes. Se excluyen igualmente las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.**

La sanitaria comprende:

- El primer traslado y evacuación del lesionado a las clínicas concertadas por la Entidad por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente o el lesionado requiera ser hospitalizado.

- La primera y posteriores curas, así como tratamientos médico-quirúrgicos, intervenciones quirúrgicas, medios de diagnóstico, radiología, prótesis y osteosíntesis en régimen hospitalario, rehabilitación y hospitalización.

- La rehabilitación o recuperación funcional.

- El material ortopédico curativo, prescrito por facultativos de la Entidad, **mediante el reembolso del 70%** del importe reflejado en el original de la factura abonada por el Asegurado, siempre que se haya recabado previamente la conformidad de la Entidad y que dicho material sea necesario para la curación de la lesión.

La asistencia sanitaria se presta durante los 18 meses siguientes a la fecha del accidente.

La asistencia sanitaria en España es ilimitada, **salvo la odonto-estomatológica que tiene un límite de 500,00 euros** por siniestro.

No se otorgan prestaciones en metálico, salvo lo dispuesto para el reembolso del material ortopédico (**70% de la factura**) y la asistencia médica en accidentes ocurridos en el extranjero **que tiene un límite de 9.000,00 euros.**

Reembolso de Gastos de Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, como consecuencia de competiciones oficiales autorizadas por el Tomador, hasta un límite, por todos los conceptos, de 9.000,00 euros.

Exclusiones a la garantía de asistencia sanitaria

1. **Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros privados o de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén incluidos en el Cuadro Médico,** salvo lo previsto para casos de urgencia vital.

2. **El material prescrito en centros no autorizados por el Asegurador.**

3. **El material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes.**

4. **El material prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias).**

5. **La rehabilitación a domicilio.**

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

7. **Los gastos de farmacia ambulatoria.**

8. **El traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico al domicilio del Asegurado.**

9. **Las gafas y aparatos de material acústico que sufran daños durante la práctica deportiva.**

10. **Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínica no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, auto valimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte.** Se considera que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Asimismo, se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

11. **Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia y cualquier terapia no reconocida oficialmente en España como especialidad médica.**

12. **La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas y los tratamientos relacionados con factores de crecimiento o mejoras del rendimiento.**

13. **La participación en cualquier tipo de ensayo clínico, por tratarse de una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica, sin evidencia científica de su efectividad, así como las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos relacionados, necesarios o secundarios a la participación en dicho ensayo clínico.**

14. **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos que tengan carácter exclusivamente estético o cosmético.**

15. **Las técnicas quirúrgicas que utilizan equipos de cirugía robótica.**

16. **Los tratamientos o material de ortopedia con finalidad preventiva o paliativa, sin que modifiquen el pronóstico final, así como rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.**

17. **Las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.**

Artículo 2 RIESGOS EXCLUIDOS

1. **Los hechos que no tengan la consideración de accidentes.**

2. **Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio, las mutilaciones voluntarias o el envenenamiento, o los accidentes causados por contravenir las leyes reglamentarias y disposiciones particulares referidas a la seguridad de las personas.**

3. **Los accidentes que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.**

4. **Las intoxicaciones alimentarias y por veneno.**

5. **Las insolaciones o congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica.**

6. **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluidas las de origen cardiovascular cualquiera que sea su causa, expresamente el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral, el ictus o lesión similar de origen endógeno, aun cuando sean consideradas como accidente laboral,** salvo pacto expreso en contrario**.**

7. **Operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo, o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida.**

8. Salvo pacto en contrario, **los accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte y como aficionado de boxeo, full-contact, rugby, judo o luchas de cualquier clase, escalada, espeleología, acceso a glaciares, actividades subacuáticas con equipos autónomos, deportes hípicos, deportes aéreos o aquellos que impliquen riesgo aéreo como paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor y similares, deportes que empleen armas de fuego, tiro con arco, toreo, rodeo o encierro de reses**.

9. **El derivado de la participación en actos delictivos, apuestas, desafíos duelos o riñas,** siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.

10. Salvo pacto en contrario, **los accidentes ocurridos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, así como cuando es pasajero en una aeronave de uso particular.**

11. **Los accidentes sufridos por el Asegurado por tener un índice de alcohol en sangre superior al permitido para la conducción de vehículos a motor, así como cuando haya consumido estupefacientes o drogas que no hayan sido prescritas o administradas por un médico, así como los sobrevenidos en caso de enajenación mental y/o sonambulismo.**

12. **Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o en viajes que tengan carácter de exploración.**

13. **Los daños corporales que pueda sufrir el Asegurado con ocasión de guerra, revoluciones, motines, tumultos populares, conflictos armados o actos de terrorismo, así como por causas que tengan la consideración legal de riesgos extraordinarios.**

14. **La acción directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**

Artículo 3 ÁMBITO TERRITORIAL

Las garantías de la póliza tienen efecto para los siniestros ocurridos en todo el mundo

Artículo 4 BASES DEL CONTRATO

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador 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.

Artículo 5 PERFECCIÓN, EFECTOS Y DURACIÓN DEL SEGURO

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

A la expiración del período indicado en las condiciones particulares de esta póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

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

El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

La cobertura del contrato de seguro se extingue para cada Asegurado con el pago de la totalidad del capital asegurado y al término de la anualidad de seguro en la que el Asegurado alcance los 85 años para los deportes de tierra y los 75 año para los de aire.

Artículo 6 NULIDAD DE LA PÓLIZA

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

Artículo 7 BENEFICIARIOS

Para las garantías de Invalidez el Beneficiario es el propio Asegurado y para la de fallecimiento el designado en las Condiciones Particulares.

Durante la vigencia del contrato el Asegurado puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en el Certificado de Seguro o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento, siempre que haya mención expresa a la póliza de seguro.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Asegurado.

Artículo 8 PAGO DE LA PRIMA

La prima a abonar por el Tomador a La Mutua para el seguro de accidentes deportivos objeto de contratación, es la que se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza. En dichas Condiciones se establecen, asimismo, la forma de pago de la prima y revisión de la misma, para el supuesto de prórroga del contrato para sucesivas anualidades.

El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual, quien perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago del recibo de cualquier fracción siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

El Asegurador y el Asegurado sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora, ya que la prima es única para el período contractual con independencia de que se admita su fraccionamiento

La primera prima será exigible una vez celebrado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

El impago de una fracción de prima, distinta de la primera de la primera anualidad, produce los mismos efectos que el impago de las primas sucesivas.

Artículo 9 TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

El Tomador del seguro, el Asegurado, o en su caso el Beneficiario, comunicará por escrito al Asegurador el siniestro, en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia.

Para solicitar la asistencia sanitaria objeto de cobertura, así como la indemnización por fallecimiento o por pérdidas anatómicas o funcionales, los asegurados deben presentar a La Mutua la documentación e información detalladas en el Anexo I del presente contrato.

Asimismo, y para una correcta utilización de los servicios, la Mutua establece unas Normas Administrativas, de obligado cumplimiento, que figuran en el Anexo II del presente contrato. El Tomador de la póliza asume la obligación de difundir su contenido entre los asegurados con el fin de garantizar su cumplimiento.

A no ser que se hubiera tenido conocimiento por otro medio, el retraso o la falta de declaración del siniestro faculta al Asegurador para reclamar los daños y perjuicios causados.

El incumplimiento del deber de informar sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro ocasionará la pérdida del derecho de la indemnización cuando concurra dolo o culpa grave.

El Asegurado o en su caso el Beneficiario, queda también obligado, en función de las garantías contratadas en las condiciones particulares a:

a) Permitir que los servicios médicos del Asegurador examinen al Asegurado.
b) Permitir la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente.
c) Relevar del deber del secreto profesional a los profesionales que intervengan a raíz del siniestro en relación a la información que solicite el Asegurador.
d) Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones para procurar el pronto restablecimiento.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de Invalidez Permanente Parcial, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos que regula el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro. Es decir, cualquiera de ellas puede iniciar el procedimiento mediante el nombramiento de perito,

comunicándolo por escrito a la otra. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito y se ha de requerir expresamente a la otra parte para que, en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo.

Artículo 10 PAGO DE LAS PRESTACIONES

La indemnización se abonará por transferencia una vez finalizadas las investigaciones que confirmen la existencia del siniestro y de que obre en poder del Asegurador la documentación solicitada.

Dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración del siniestro, la Compañía efectuará el pago del importe mínimo de lo que se pueda deber según las circunstancias conocidas.

En los casos de incapacidad este plazo se computará desde la presentación del dictamen/propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.

Para el pago de las prestaciones deberán aportarse al Asegurador, los siguientes documentos:

a) Fallecimiento por accidente:

- Certificado literal de defunción.
- Certificado médico de defunción o informe de alta hospitalaria por fallecimiento por accidente.
- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el accidente (autopsia definitiva completa, e informe toxicológico, así como estudio histopatológico cuando corresponda).
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o acta de declaración de herederos.
- Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones (liquidación parcial a cuenta, autoliquidación o liquidación total del impuesto).
- Documentos que acrediten la personalidad de los Beneficiarios. Fotocopia del DNI de los Beneficiarios en vigor y número de cuenta de abono y certificado de titularidad de la cuenta corriente.
- Declaración de siniestro firmada por el Beneficiario.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos que fuere preciso.

b) Invalidez (Gran Invalidez, Invalidez Permanente Absoluta, Invalidez Permanente Total e Invalidez Permanente Parcial):

- DNI del Asegurado.
- Dictamen propuesta del equipo de valoración de Incapacidades en el que conste el tipo de incapacidad declarada, el régimen de cotización a la Seguridad Social, las causas y cuadro clínico que motivan la incapacidad y si contiene revisión por expresa previsión de agravación o mejoría.
- Resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en la que conste la fecha de la incapacidad a efectos económicos.
- Sentencia judicial firme, para los supuestos en que la incapacidad, su grado y efectos económicos se hubiera reconocido mediante resolución judicial firme. En su caso, se acompañará el testimonio judicial de que la resolución judicial no es recurrible.
- Informes médicos y hospitalarios donde figuren antecedentes, fechas de diagnóstico de los mismos. Tratamiento y evolución sobre las patologías origen de la incapacidad, y fecha de diagnóstico de cualquier otra patología.
- Declaración de siniestro firmada por el Asegurado.

La comprobación y determinación de la incapacidad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la citada documentación.

Artículo 11 MORA DEL ASEGURADOR

El Asegurador incurrirá en mora en el pago de la prestación, si por causa no justificada y que le sea imputable, no hubiera abonado la indemnización en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o el importe mínimo

de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro. En tal caso, abonará al Asegurado o al Beneficiario, el interés de demora previsto legalmente.

Artículo 12 PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 13 COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

El presente contrato de seguro 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 Asegurado.

En el supuesto de que el Asegurado tenga su domicilio en el extranjero, deberá señalar uno en España.

Artículo 14 IMPUESTOS Y RECARGOS

Todos los impuestos y recargos que graven el presente contrato, o que lo puedan gravar en el futuro, y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta de los Tomadores, Asegurados o Beneficiarios según corresponda la naturaleza del hecho imponible.

Artículo 15 COMUNICACIONES

Las comunicaciones realizadas al Asegurador, por el Tomador o por el Asegurado, se dirigirán al domicilio del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador al Agente de Seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.
En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, y en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio. Las comunicaciones entre el Asegurador y el Tomador del seguro y en su caso el Asegurado, se realizarán mediante envío postal o por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en las direcciones facilitadas en la contratación o posteriormente a estos fines.

Artículo 16 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.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

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

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

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

2. Riesgos excluidos

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

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

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

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

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

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

g) Los causados por mala fe del Asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura

a) 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.

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el Mediador de Seguros con cuya intervención se 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:

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

b) 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.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija ("Nueva Mutua Sanitaria") con domicilio social en calle Villanueva nº 14, 4ª planta, 28001 Madrid.

Nueva Mutua Sanitaria ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpo@nuevamutuasanitaria.es

2. Finalidad del tratamiento de sus datos de carácter personal

En NUEVA MUTUA SANITARIA tratamos sus datos de carácter personal con el máximo respeto y cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de datos de carácter personal.

En el marco de la contratación de la presente póliza de seguro, los datos de carácter personal inherentes al Tomador, así como los datos de los Asegurados (incluidos datos de carácter sensible -tales como los datos de salud -) (los "Datos"), facilitados directamente por éstos a NUEVA MUTUA SANITARIA para la ejecución de la póliza de seguro contratada, serán tratados por ésta con las siguientes finalidades:

a) la evaluación, ejecución y control de la póliza (lo que conllevará - entre otros- que la Mutua pueda comunicar los Datos a prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura);

b) el cumplimiento de obligaciones legales;

c) la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la prevención del fraude, así como para su cesión a reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de tal relación contractual de reaseguro.

Respecto a los datos que se identifican como datos identificativos y datos de contacto, en caso de que preste su consentimiento expreso marcando la casilla que encontrará al efecto en las condiciones particulares, los trataremos para darle a conocer comunicaciones comerciales e información (por medios ordinarios, correo electrónico u otro medio de comunicación equivalente) sobre servicios y productos de NUEVA MUTUA SANITARIA, ofertas o promociones especiales de la Mutua, así como campañas de medicina preventiva.

Le informamos de que nos limitaremos a tratar sus datos de carácter personal con las finalidades citadas.

Le informamos de que, en ningún caso, se adoptarán decisiones automatizadas en base a su perfil.

Plazo de conservación de los datos personales

Al tratarse de su póliza de seguro de accidentes, trataremos sus datos de carácter personal durante todo el tiempo que permanezca en vigor y, una vez finalice la relación contractual, durante el tiempo necesario para cumplir con las exigencias legales.

Del mismo modo, en caso de que haya prestado su consentimiento para el envío de información comercial, trataremos sus datos de carácter personal hasta que usted manifieste su deseo de no seguir recibiendo información y comunicaciones comerciales por nuestra parte.

Legitimación para llevar a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal

Le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es que el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que usted es parte.

En cuanto al envío de información comercial, le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que, en su caso, nos preste marcando la casilla habilitada al efecto en las condiciones particulares.

3. ¿A qué destinatarios se comunican sus datos?

- A prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura.
- A reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de relación contractual de reaseguro.
- A las entidades a las que estemos obligados por exigencia legal.

Además, le informamos también de que NUEVA MUTUA SANITARIA trabaja con varias entidades que le prestan un servicio que requiere acceso a datos de carácter personal, siendo, por tanto, estas entidades encargadas del tratamiento de NUEVA MUTUA SANITARIA.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

Como titular de los datos de carácter personal, tanto en nombre propio como a través de un representante –legal o voluntario- podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición, así como el derecho a la portabilidad de sus datos.
Para ejercerlos, debe ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico dpo@nuevamutuasanitaria.es indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico en Calle Villanueva nº 14 4º, Madrid (28001), especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI.

En el plazo máximo de 30 días –poniendo todo nuestro esfuerzo y los medios que estén a nuestro alcance para reducir ese plazo al máximo posible-, desde que recibamos su solicitud, obtendrá respuesta por nuestra parte. En caso de no quedar conforme, podrá acudir a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar la tutela de derechos.

Además, le informamos de que puede presentar una reclamación en materia de protección de datos ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dispone de toda la información en su página web: www.aepd.es

5. Origen de los datos de carácter personal

Los datos personales que tratamos en NUEVA MUTUA SANITARIA han sido recogidos en la póliza de seguro y en otros documentos relacionados.

Las categorías de datos que se tratan son: Datos identificativos, datos de características personales, datos de circunstancias sociales, datos de empleo, datos académicos y sociales, datos económicos, financieros y de seguros y datos de salud.

CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIALES

1.- Entidad Aseguradora:

de NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FJA, con domicilio social en C/ Villanueva 14, 4ª planta, 28001 Madrid.

2.- Tomador:

FEDERACIÓ AÈRIA CATALANA
Rambla Guipúscoa, 23, 5C 08018 Barcelona
Q-5856330-E

3.- Asegurados:

Ostentan la condición de asegurados, con derecho a las coberturas previstas en el presente contrato los deportistas no profesionales inscritos en la FEDERACIÓ AÈRIA CATALANA como consecuencia de su participación en entrenamientos y competiciones oficiales de ámbito internacional, estatal, autonómico y local.

El tomador comunicará a la Mutua las altas de los asegurados en el presente seguro, según se vayan produciendo las inscripciones, siempre previas al inicio de cualquier actividad deportiva cubierta por la póliza. Las comunicaciones sobre nuevas altas que efectúe el Tomador a la Mutua deben realizarse, de acuerdo con el formulario adjunto a las presentes Condiciones Particulares a medida que se vayan produciendo. Quedan excluidos, por tanto, de la cobertura del presente contrato los deportistas que no hayan sido comunicados por el Tomador con anterioridad al inicio de la actividad deportiva cubierta por la póliza.

4.- Duración:

La duración del presente contrato se extiende desde las 00:00 horas del 01 de enero de 2025 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2027, prorrogándose automáticamente por períodos no superiores a un año.
No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

5.- Prima:

A. La prima a abonar por la FEDERACIÓN a La Mutua por el Seguro de Accidentes Deportivos objeto del presente contrato es la establecida a continuación, según el siguiente detalle:

CATEGORIAS	PRIMA	LICENCIAS ESTIMADAS
Tierra menores:	5,00	33
Tierra:	11,00	915
Aire 1:	145,00	995
Aire 2:	117,00	125
Aire 3:	10	0
Aire 1 Alumno:	140	39
Mensual Alumno:	40	2
Trimestral Alumno:	60	9
Semestral Alumno	80	14
Mensual	65	175
Trimestral	75	100
Semestral	85	209
Tandem Deportivo	310	39
Tandem Profesional	420	54

En esta prima se encuentran incluidos los recargos e impuestos vigentes. Cualquier modificación de impuestos que recaigan sobre los tomadores y/o asegurados, modificará la prima en el importe correspondiente.
La FEDERACIÓN abonará a La Mutua el importe resultante de multiplicar el número de personas de alta en cada momento por la prima fijada, por lo que el importe estimado a abonar por el Tomador a La Mutua es de 247.740,00 Euros.

A. Regularización de la prima:

La prima detallada ha sido calculada para un colectivo de 2.709 asegurados.

Al finalizar cada período contractual, La Mutua procederá a regularizar el número de federados finalmente asegurados, exigiendo el pago de la diferencia o devolviendo el importe de la prima correspondiente, con un límite mínimo de emisión de prima de 215.000€.

B. Forma de pago:

El pago de la prima se realizará al inicio de cada trimestre por los asegurados dados de alta en la federación.

C. Revisión de Primas:

Cláusula de Condiciones para los Años Sucesivos

Las partes acuerdan que, en relación con la renovación de la presente póliza de accidentes, se aplicarán las siguientes condiciones para los años sucesivos:

1. **Segundo Año**: Para el segundo año de vigencia de la póliza, la prima podrá ser ajustada con un incremento máximo del **cinco por ciento (5%)** respecto a la prima correspondiente al primer año. Este ajuste será efectuado por la aseguradora, en función de los factores que considere pertinentes, tales

como siniestralidad, inflación y otros criterios establecidos en la póliza, en caso de que la siniestralidad supere el 100% se realizara una renegociación de las condiciones de renovación de la prima.

2. **Tercer Año**: Para el tercer año de vigencia de la póliza, se aplicará un **Acuerdo de Larga Duración (LTA)**, el cual se determinará según los porcentajes de siniestralidad en los que haya incurrido la póliza en las siguientes proporciones:

    - Si la siniestralidad está por debajo del 60 %, subida del 0%.
    - Si la siniestralidad está entre el 61% y el 70%, subida del 5%.
    - Si la siniestralidad está entre el 71% y el 80%, subida del 10%.
    - Si la siniestralidad está entre el 81% y el 95%, subida del 15%.
    - Si la siniestralidad está por encima del 95%, renegociación de las condiciones de renovación.

Las partes se comprometen a respetar estos términos, quedando constancia de que cualquier ajuste o modificación futura será debidamente notificado con la antelación adecuada, conforme a lo estipulado en las disposiciones legales y contractuales vigente

En caso de prórroga del presente contrato, la prima correspondiente a la anualidad siguiente será comunicada por La Mutua al tomador con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso.

6.- Número de póliza

El número de póliza es el 000/241

Y en prueba de conformidad, ambas partes firman el presente contrato en Madrid, a 23 de diciembre de 2024.

Por NUEVA MUTUA SANITARIA

Fdo. D. José Manuel Ruiz Muñoz
Director Financiero

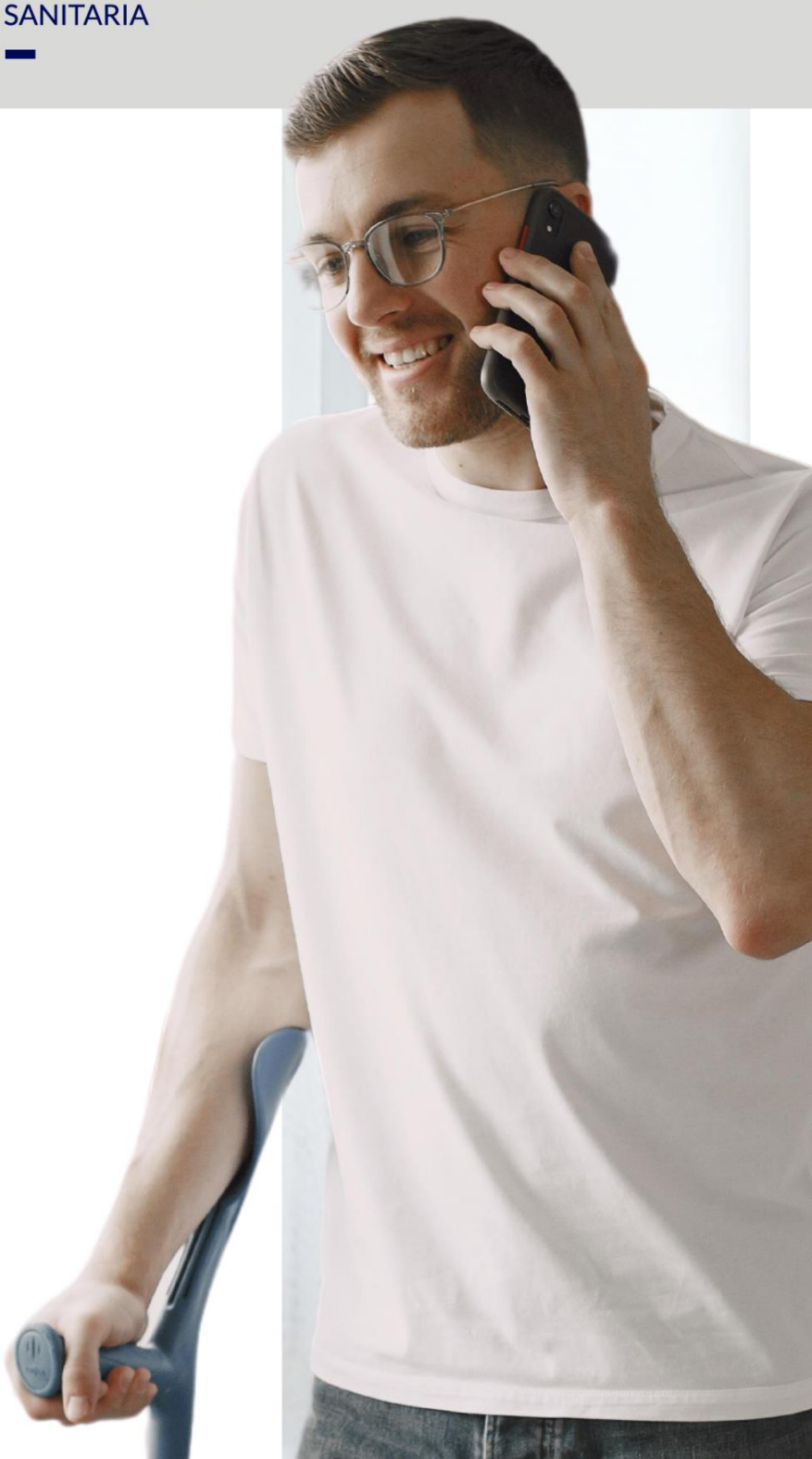
Por EL TOMADOR

Fdo. D. Alfredo Sánchez Chacón
Presidente

Anexo I: Procedimiento de actuación en caso de ***accidente deportivo***

ACCIDENTES

NUEVAMUTUA SANITARIA



ACCIDENTES

NUEVAMUTUA SANITARIA

¿Qué es un accidente deportivo?

Se entiende por accidente deportivo la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita 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.

Teléfonos de contacto

Teléfono de urgencias y de primer contacto de Nueva Mutua Sanitaria

900 90 97 66

Teléfono de gestión de autorizaciones adicionales y dudas generales Nueva Mutua Sanitaria

91 290 80 75

Salud y calidad de vida

ACCIDENTES

NUEVAMUTUA SANITARIA

¿Qué hacer en caso de accidente deportivo?

Urgente: *asistencia de urgencias en caso de fracturas, heridas abiertas, golpes en la cabeza, dolor severo y persistente*

Nueva Mutua Sanitaria pone a disposición del federado un teléfono de urgencias que opera las 24h 365 días del año, donde le indicarán el centro concertado al que puede acudir dentro de las primeras 48 horas desde que ocurre el accidente y le remitirán autorización de asistencia en caso de necesitarlo.

Teléfono de urgencias Nueva Mutua Sanitaria

900 90 97 66

Si se trata de una urgencia vital, es decir, cuando esté en riesgo la vida del Federado, se podrá acudir sin necesidad de llamar previamente al centro sanitario, público o privado, más cercano.

No urgente: *si no necesita asistencia de urgencias*

Deberá llamar al teléfono ***900 90 97 66*** para declarar el accidente a Nueva Mutua Sanitaria donde le autorizarán para acudir a un centro concertado siempre que sea necesario.

Además, **los asegurados mayores de edad,** tendrán acceso a videoconsultas y fisioterapia remota a través de la APP de Nueva Mutua Sanitaria.

¿Cómo enviar la documentación del accidente a Nueva Mutua Sanitaria?

Tanto si ha acudido a urgencias como si no, deberá comunicar, enviando toda a documentación a Nueva Mutua Sanitaria del accidente deportivo dentro del plazo máximo de 7 días a contar desde la ocurrencia de este.

El federado deberá descargarse el parte de accidente de la web federativa para remitirlo cumplimentado junto con informes y volantes médicos (si hubiera acudido a urgencias) al correo electrónico:

accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es

Es importante que los datos de contacto del parte sean correctos.

Una vez recibida la documentación, Nueva Mutua Sanitaria se pondrá en contacto con usted vía correo electrónico con, si procede, la autorización médica correspondiente para su asistencia médica, en un plazo máximo de 48 horas hábiles.

¿Cómo solicitar autorizaciones adicionales en caso de ser necesario?

Es imprescindible solicitar autorización previa para TODAS las asistencias: consultas con el especialista, rehabilitación, pruebas, entre otros.

Después de cada consulta o realización de cualquier prueba y, de manera sucesiva para todas las asistencias: el Federado deberá remitir siempre al correo de Nueva Mutua Sanitaria el informe médico del especialista o de la prueba más la prescripción médica de la siguiente visita o prueba necesaria a: accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es

Recuerde: para solicitar autorizaciones deberá remitir previamente informes y volantes médicos tras cada asistencia a accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es

Importante

- En caso de no declarar el accidente a Nueva Mutua Sanitaria en un plazo de 7 días, el expediente no tendrá cobertura y se le podrán reclamar las asistencias recibidas.

- Una vez tramita un parte de accidentes, usted está de Baja Deportiva, por lo que no puede practicar deporte hasta recibir el Alta Médica Deportiva. Corre el riesgo de agravar la lesión, y, como consecuencia, el expediente en curso y el posible nuevo derivado del agravamiento no tendrán cobertura por el seguro de accidentes.

- Finalizado el tratamiento y recuperado de su lesión, deberá remitir al email: accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es de Nueva Mutua Sanitaria el informe de Alta Médica para cerrar correctamente el expediente una vez la compañía haya recibido el informe de alta médica.

- Es importante contar siempre con la autorización previa de Nueva Mutua Sanitaria para acudir a todas las asistencias en centros concertados posteriores a la urgencia. En caso contrario, los gastos pueden correr a cuenta del asegurado.

- Únicamente se puede acudir a la Seguridad Social en caso de Urgencia Vital, es decir, en caso de que exista riesgo para la vida del federado accidentado o riesgo de secuela funcional grave.

- En caso de ser ingresado en urgencias por una urgencia vital en la Seguridad Social, deberá comunicar dicha situación a la mayor brevedad posible a Nueva Mutua Sanitaria, para gestionar el traslado a un Hospital Concertado siempre que sea médicamente viable.

- No todas las lesiones producidas durante la práctica deportiva son a consecuencia de un accidente deportivo y, por lo tanto, no todas las lesiones tienen cobertura por la póliza de accidente deportivo.

Procedimiento de actuación en caso de ***accidente deportivo***

ACCIDENTES

NUEVAMUTUA SANITARIA

Contacto

- Teléfono de urgencias 24h. Nueva Mutua Sanitaria
  900 90 97 66

  Horario de atención de urgencias
  24 horas, 365 días al año

- Teléfono de gestión de autorizaciones adicionales y dudas generales Nueva Mutua Sanitaria
  91 290 80 75

  Horario de atención de autorizaciones
  Lunes a viernes de 8:00h a 20:00h

- Email

accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es

ANEXO II

COMUNICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SINIESTROS: DOCUMENTACIÓN

PARA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA:

- Documento identificativo del accidentado (D.N.I. o Licencia Federativa)
- Parte de Accidente firmado y sellado por la federación.
- Acta del partido (sólo en casos determinados donde ocurra un accidente grave o precise algún tipo de revisión por parte de la Unidad Médica de Nueva Mutua Sanitaria).
- Informe médico, parte de lesiones o historial clínico. En el caso de tratamiento de rehabilitación, además deberá especificarse tratamiento y nº. de sesiones, así como evolución del proceso.

PARA PRESTACIONES INDEMNIZATORIAS:

- Documento identificativo del accidentado (D.N.I. o Licencia Federativa)
- Parte de Accidente firmado y sellado por la federación.
- Informe Médico.
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Factura correspondiente al abono de la asistencia de Odontología/Material Ortoprotésico.
- Certificado de titularidad de cuenta bancaria

PARA LA INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES:

- Documento identificativo del accidentado (D.N.I. o Licencia Federativa)
- Parte de Accidente firmado y sellado por la federación.
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Certificado médico con expresión de la invalidez resultante del accidente.
- Certificado de titularidad de cuenta bancaria del accidentado.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS DE FALLECIMIENTO

- Parte de Accidente firmado y sellado por la federación.
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Certificado médico en el que te detalle la causa accidental del fallecimiento.

UNA VEZ COMPROBADO QUE PROCEDE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DEBERÁ PRESENTARSE:

- Fotocopia del D.N.L del fallecido y de los beneficiados.
- Certificado de Defunción.
- Certificado de Últimas Voluntades (Ministerio de Justicia).
- Último Testamento y Declaración expresa de herederos.

ANEXO III– CARGA DE DATOS COLECTIVO Y ASEGURADOS

A continuación adjuntamos el formato de los ficheros necesarios para la carga inicial del Colectivo y de la lista de los asegurados en el sistema. El formato de carga de los asegurados es válido para la primera carga o para altas sucesivas que sean necesario darse en el sistema.

Descripcion	Comentarios	formato	tamaño	obligatorio
Poliza	Indicar el numero de poliza de la Federacion que proporcionaremos nosotros	numerico	9	S
colectivo	Indicar el codigo de colectivo de la Federacion que proporcionaremos nosotros	numerico	9	S
Tipo Afiliacion	01 - Tecnico 02- Arbitros 03 - deportistas	numerico	2	S
Nombre	nombre asegurado	alfanumerico	35	S
Apellido 1	apellido 1	alfanumerico	25	S
Apellido 2	apellido 2	alfanumerico	25	N
Tipo Documento	01. NIF 02. NIE 03. PASAPORTE	numerico	2	S
Documento	numero de documento	se valida según tipo de documento	15	S
Numero Federado		alfanumerico	10	S
calle	direccion	alfanumerico	40	N
Numero	direccion	numerico	2	N
Piso	direccion	numerico	2	N
letra	direccion	alfanumerico	2	N
Poblacion	literal poblacion	alfanumerico	40	N
Provincia	literal provincia	alfanumerico	40	N
Codigo Postal	CP	numerico	5	N
Fecha de nacimiento	AAAA/MM/DD	fecha	8	S
Sexo	V- hombre H - Mujer N - no desea contestar	alfanumerico	1	S
Deporte		alfanumerico	40	N
Categoria		alfanumerico	40	N
Fecha alta/Efecto	AAAA/MM/DD	fecha	8	S
Fecha Solicitud	AAAA/MM/DD	fecha	8	S
Telefono Movil		numerico	9	S
email		alfanumerico	100	S

Datos Alta Federación como colectivo

Descripcion	Comentarios	formato	tamaño	obligatorio
Nombre colectivo - tomador de Poliza	nombre colectivo [Federación XXXXXX]	alfanumerico	50	S
apellido 1	apellido si tiene	alfanumerico	25	S
apellido 2	apellido si tiene	alfanumerico	25	N
Tipo Documento	04- CIF	numerico	2	S
Documento	se validara documento	alfanumerico	15	S
Calle	direccion	alfanumerico	40	N
Numero	direccion	numerico	2	N
Piso	direccion	numerico	2	N
Letra	direccion	alfanumerico	2	N
Poblacio	literal poblacion	alfanumerico	40	N
Localidad	literal provincia	alfanumerico	40	N
Codigo Postal	CP	numerico	5	N
Fecha alta/Efecto	AAAA/MM/DD	fecha	8	S
Fecha Solicitud	AAAA/MM/DD	fecha	8	S
Telefono Movil		numerico	9	S
Email		alfanumerico	100	S
Número de cuenta	cuenta bancaria incluyendo IBAN	alfanumerico	34	S
Titular de la cuenta	nombre completo del titular	alfanumerico	100	S

Anexo 1 a la póliza 000/241

Nueva Mutua Sanitaria certifica que:

La póliza de accidentes para federados de la Federació Aèria Catalana, con número de póliza 000/241 y vigente desde el día 1 de enero de 2025 incluye además las siguientes federaciones:

- FEDERACIÓ BALEAR D'ESPORTS AERIS
- FEDERACIÓN NAVARRA DE DEPORTES AÉREOS
- FEDERACIÓN DE DEPORTES AÉREOS DE CANTABRIA
- FEDERACIÓN AERONÁUTICA DE LA REGIÓN DE MURCIA
- FEDERACIÓN RIOJANA DEL DEPORTE AÉREO

Con el siguiente numero de federados en cada una de ellas:

BALEAR	NAVARRA	CANTABRA	RIOJANA
94	**180**	**31**	**175**

NUEVAMUTUASANITARIA