



SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVO

Asegurador: Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social

Número de Póliza: 4020017338-0

Corredor: AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (Cód: 5099658)

2310 - COLECTIVO ACCIDENTES INNOMINADO

1: OTROS

Estimado mutualista,

Le damos la bienvenida a Previs Seguros.

Le adjuntamos su contrato de póliza de seguro. Este documento está compuesto por las condiciones particulares, cláusulas especiales y condicionado general de su póliza.

Para cualquier consulta no dude en ponerse en contacto con su mediador de seguros o directamente con nosotros, y le asesoraremos sobre cualquier gestión relativa a su póliza.

Le recordamos que el presente contrato se formaliza mediante su firma y devolución a la mutualidad aseguradora. Para ello, le rogamos nos devuelva firmado el ejemplar para la mutualidad, a través de la dirección de correo electrónico infoseguros@previs.es, o bien a nuestro correo postal indicado más abajo.

Muchas gracias por la confianza depositada en nosotros.

C/ Gremi Sabaters, 68 - 1ªA
07009 Palma de Mallorca
Tel. Atención al cliente
900 720 210

PREVIS

Póliza: 4020017338-0
Suplemento: 0
COLECTIVO ACCIDENTES
INNOMINADO

CONDICIONES PARTICULARES

2310 - SEGURO ACCIDENTES COLECTIVO: COLECTIVO ACCIDENTES.
1: OTROS

INFORMACIÓN GENERAL

Efecto desde: 01/09/2025 a las 00:00 h.
Contratación: HASTA VENCIMIENTO DEL SEGURO
Forma de pago: ÚNICA

Vencimiento: 01/09/2026 a las 00:00 h.
Dom. de Cobro: Sin domiciliación bancaria

DATOS DEL MEDIADOR

Nombre: AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
E-mail: josemiguel.quintas@aon.es
Dirección: CL/ ROSARIO PINO , 14-16
Localidad: (28020) Madrid

Teléfono: 689256453 - 913405136

DATOS DEL TOMADOR

Nombre: DIPUTACION FORAL DE GUIPUZQOA
Dirección: PZ/ DE GUIPUZQOA
Localidad: (20004) Donostia-San Sebastián

CIF: P2000000F

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado: Los participantes, monitores, entrenadores y delegados de las actividades del Programa UDA de Actividad Física y Deportiva en Edad Escolar de Gipuzkoa (actividades de verano), organizadas por el tomador del seguro.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la póliza son por orden excluyente: el propio asegurado, su cónyuge no separado legalmente, sus hijos, sus padres y sus herederos legales.

COBERTURAS ASEGURADAS

Su alcance se describe en el condicionado general del presente contrato de seguro.

GARANTÍA	FRANQUICIA	LÍMITE PRESTACIÓN	REVAL.	CAPITAL ASEGURADO
2801-FALLECIMIENTO ACCIDENTE			0 %	15.000,00€
2809-GRAN INVALIDEZ ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2817-INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2825-INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2845-INCAPACIDAD ACCIDENTE SEGUN BAREMO			0 %	30.000,00€
2839-ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTE	0 días	365 días	0 %	ILIMITADA

La Mutualidad Aseguradora

Firma Tomador

En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

CONDICIONES PARTICULARES

DELIMITACIÓN DE COBERTURA DE GASTOS ASISTENCIALES POR ACCIDENTE

Período máximo Cobertura de Asistencia Dental en Centros Concertados	365 DIAS
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico y Endoprotésico	2.400,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Ortopédico	400,00 EUR
Cobertura URGENCIA VITAL en Centros No Concertados, hasta	3.000,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico Dental	1.800,00 EUR
Cobertura en Centros Asistenciales Públicos No Concertados	EXCLUIDO
Cobertura en Centros Asistenciales Privados No Concertados	EXCLUIDO

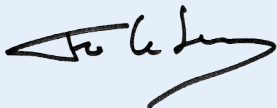
PRIMA

PRIMA NETA ANUAL:	7.069,78 €
IMPUESTOS:	576,19 €
CONSORCIO:	36,00 €
RECARGO:	0,00 €
PRIMA TOTAL:	7.681,97 €

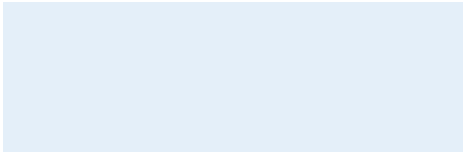
CLÁUSULAS ESPECIALES

SON APLICABLES A ESTE CONTRATO LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

Ejemplar para el Tomador

CLÁUSULAS ESPECIALES

Período y ámbito de cobertura:

Los accidentes que puedan sufrir los asegurados durante su participación en las diferentes actividades del programa UDA incluyendo el in itinere, entre el 01 de junio y el 6 de septiembre de 2026.

La prima se ha calculado en base a 21.000 menores de 14 años. 11.000 mayores de 14 años y 1.400 monitores, entrenadores y delegados) y unos tres meses de duración.

Identificación de asegurados:

En caso de siniestro el tomador acreditará la condición del asegurado.

OBSERVACIONES

La póliza se ajustará íntegramente a las condiciones indicadas en el pliego anexo a la póliza.

Las exclusiones serán las detalladas en el pliego anexo a la póliza.

Para los menores de 14 años, el capital de fallecimiento quedará limitado a 5.000 euros en concepto de gastos de sepelio.

COBERTURAS ADICIONALES

Gastos de salvamento y transporte de heridos hasta 2.400 euros.

Gastos de rehabilitación en centros médicos de libre elección por el asegurado hasta 2.400 euros

Gastos de desplazamiento y estancia hasta 500,00 euros

Todas estas coberturas adicionales se abonarán mediante reembolso de facturas y previa valoración por parte del departamento de siniestros de la compañía, quién solicitará la documentación que considere oportuna con el fin de valorar que el gasto sea consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza.

PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS POR NO SINIESTRALIDAD

La presente póliza incluye una participación en beneficios del 35% con unos gastos de gestión del 20% que se ajustará a lo indicado en la cláusula XVIII del pliego que se anexa a la oferta.

C014 Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:

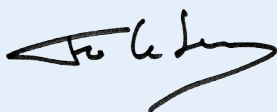
- Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
- Los siniestros que deriven de una enfermedad.
- Los siniestros cuya única manifestación es el dolor.

Se excluye además de la cobertura del contrato:

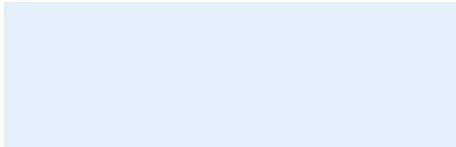
- Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza.
- La agravación de cualquier siniestro derivado de accidente si dicha agravación se debe a una enfermedad.
- Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado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

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

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

CLÁUSULAS ESPECIALES

C015 Contenido de la Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:

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

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

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

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

C090 En caso de asistencia por URGENCIA VITAL el asegurado podrá ser atendido en el Centro Asistencial más próximo y las facturas que deriven de la asistencia prestada en 24 primeras horas desde el momento del accidente serán a cargo de la Mutualidad.

Una vez superada la primera asistencia de URGENCIA VITAL, y solo cuando el estado del accidentado lo permita, éste será trasladado a un Centro Asistencial Concertado para continuar su tratamiento.

En caso de permanencia en el Centro Asistencial no concertado, la Mutualidad no asumirá el pago de las facturas derivadas de todos los servicios que se le puedan prestar.

En base a lo anterior, y salvo los casos de URGENCIA VITAL según las condiciones anteriormente descritas, quedarán expresamente excluidas de cobertura y serán siempre con cargo del propio asegurado cualquier tipo de asistencia practicada por cualquier Centro Asistencial Público o Privado no incluido en la relación de Centros Concertados de la Mutualidad. Si los gastos se facturan a la Mutualidad, ésta los reclamará a los asegurados, encontrándose éstos obligados a abonarlos.

El Tomador se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar a los asegurados de la póliza de forma expresa sobre el contenido de esta cláusula.

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

C801 Queda expresamente incluido de cobertura el accidente in-itinere

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

<http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>

La Mutualidad Aseguradora

Firma Tomador

En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

Ejemplar para el Tomador

5 de 17

CLÁUSULAS ESPECIALES

C807 Se hace constar expresamente que en caso de que la póliza no se encuentre correctamente regularizada de acuerdo al artículo de *variaciones de la composición del grupo asegurado* de las Condiciones Generales en lo que al número de asegurados se refiere, en caso de siniestro resultaría de aplicación lo establecido en los artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro y se reduciría la indemnización que debería abonar esta Mutualidad proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese aplicado de haberse conocido el riesgo asegurable real.

C816 Si para la formalización del contrato de seguro es condición necesaria proporcionar a la Mutualidad los datos personales de los asegurados, el tomador será responsable de cumplir con los requisitos de la normativa vigente en materia de protección de datos personales para llevar a cabo tal comunicación, que le obliga, entre otras cosas, a informar a dichos asegurados de que sus datos serán comunicados a PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social.

En tal caso, el tomador del seguro se compromete a informar a los asegurados de que:

- Sus datos serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social, que será Responsable del tratamiento.

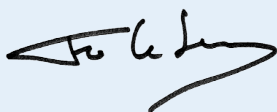
- La finalidad del tratamiento es la formalización del contrato de seguro y la gestión de las coberturas contratadas por el tomador.

- El asegurado tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se explica en la información adicional que puede consultar en la política de privacidad de seguros en:

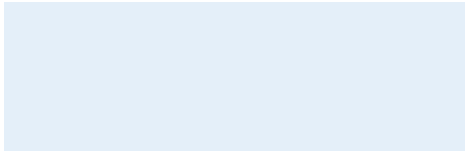
<http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>

C820 El asegurado en caso de accidente deberá llamar a los teléfonos 981 94 11 11, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo. En caso de que el asegurado reciba asistencia médica en centro médico no concertado ni autorizado por la compañía, no se asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios asistenciales prestados al asegurado. En el caso de que la asistencia se facturase directamente a la compañía, ésta podrá reclamar su importe al accidentado y/o, en su caso, al Tomador del Seguro.

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

FIRMA Y CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador declara haber recibido un ejemplar del presente contrato de seguro, que incluye las condiciones particulares, las cláusulas especiales y el condicionado general, sin validez y efecto por separado, y reconoce expresamente mediante la firma del presente documento haber leído y entendido estas condiciones, aceptando las mismas, y en especial las cláusulas limitativas a que hace referencia el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro incluidas en el condicionado general y que se reproducen a continuación:

- Quedan excluidas de cobertura las consecuencias siguientes:**
- a. Quedan excluidas las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
 - b. Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.**
 - c. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado.**
 - d. La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.**
 - e. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la condición primera de este contrato.**
 - f. Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.**
 - g. En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando como aficionado deportes de alto riesgo tales como; paracaidismo, vuelo en ala delta, parapente, ultraligeros y cualquier otra actividad aérea, boxeo, kick boxing, buceo, pesca submarina, caza mayor fuera de Europa, espeleología, alpinismo, escalada, barranquismo, carreras o rallies de automovilismo, motociclismo o motonáutica y cualquier tipo de deporte de nueva aparición de peligrosidad similar a los señalados, salvo que hayan sido declarados a la Mutuality y expresamente aceptados por ella. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.**

RIESGOS ACEPTADOS MEDIANTE PACTO EXPRESO

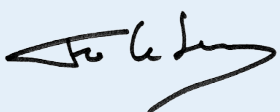
Quedan excluidos de la cobertura, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y, en su caso, se abone la prima adicional correspondiente:

- a. El uso y conducción de motocicletas y ciclomotores.**
- b. La práctica como aficionado de los siguientes deportes: juego de pelota, hípica, polo, ciclismo, artes marciales, navegación a vela y/o motor a más de dos millas de la costa, esquí acuático, y caza mayor en Europa.**

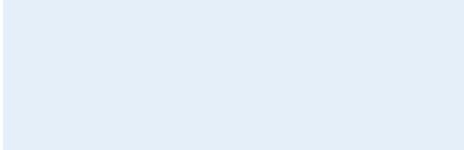
El Tomador del seguro reconoce haber recibido toda la información exigida en los Art. 122 a 127 del Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. (RD 1060/2015).

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

La Mutuality Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

CONDICIONES GENERALES

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre, de 1.980), modificada por la Ley 20/2015, de 14 de julio y por lo establecido en estas Condiciones Generales y en las Particulares de la Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 96 de la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la Mutualidad informa al tomador de la póliza que corresponde a la Dirección General de Seguros, el control de la actividad del asegurador y que el tomador podrá reclamar ante dicho organismo, aquellas prácticas del asegurador que considere abusivas o lesionen los derechos derivados del contrato de seguro.

Preliminar .- Definiciones. A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Asegurador: Mutualidad

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social, Mutualidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las Condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro: Mutualista

Persona que suscribe este contrato con el Asegurador y a quien corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado:

Persona física sobre cuya integridad corporal se contrata el seguro.

Beneficiario:

Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso, el Asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, las prestaciones derivadas de esta póliza.

Póliza:

Documento que contiene las Condiciones Generales de este contrato, las Especiales que delimitan cada garantía, las Particulares que identifican el riesgo, así como las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del riesgo.

Solicitud de seguro:

Documento, según modelo suministrado por la Mutualidad, en el que el Tomador solicita el seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada.

Accidente:

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

Accidente laboral:

Se entiende por accidente laboral toda lesión corporal que el Asegurado sufra durante el trabajo que ejecute por cuenta del Tomador del seguro, incluyendo los ocurridos al ir o volver del lugar de trabajo (riesgo 'in itinere'), y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

Accidente de circulación:

Se consideran accidentes de circulación, a los efectos de la presente garantía, las siguientes circunstancias:

- Los accidentes que sufra el asegurado en la vía pública como peatón cuando el causante sea un vehículo terrestre en movimiento.
- Los accidentes que sufra el asegurado conduciendo u ocupando plaza de pasajero en un vehículo terrestre a motor, respetando las exclusiones previstas.
- Los accidentes que sufra el asegurado ocupando plaza como pasajero en un medio de transporte público terrestre, aéreo, marítimo o fluvial legalmente autorizado.

CONDICIONES GENERALES

Enfermedad:

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad profesional:

Toda enfermedad que sea calificada como enfermedad profesional por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

PRIMERA. COBERTURA

En caso de accidente, la Entidad Aseguradora garantiza a los Beneficiarios designados, el pago de las indemnizaciones pactadas para los supuestos de incapacidad, temporal o permanente, o muerte del Asegurado inscrito. Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta de la Entidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato, que no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente.

SEGUNDA. ALCANCE DE LA COBERTURA

Quedan excluidas de cobertura las consecuencias siguientes:

- a. Quedan excluidas las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- b. Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.**
- c. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado.**
- d. La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.**
- e. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la condición primera de este contrato.**
- f. Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.**
- g. En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando como aficionado deportes de alto riesgo tales como; paracaidismo, vuelo en ala delta, parapente, ultraligeros y cualquier otra actividad aérea, boxeo, kick boxing, buceo, pesca submarina, caza mayor fuera de Europa, espeleología, alpinismo, escalada, barranquismo, carreras o rallies de automovilismo, motociclismo o motonáutica y cualquier tipo de deporte de nueva aparición de peligrosidad similar a los señalados, salvo que hayan sido declarados a la Mutualidad y expresamente aceptados por ella. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.**

TERCERA. RIESGOS ACEPTADOS MEDIANTE PACTO EXPRESO

Quedan excluidos de la cobertura, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y, en su caso, se abone la prima adicional correspondiente:

- a. El uso y conducción de motocicletas y ciclomotores.**
- b. La práctica como aficionado de los siguientes deportes: juego de pelota, hípica, polo, ciclismo, artes marciales, navegación a vela y/o motor a más de dos millas de la costa, esquí acuático, y caza mayor en Europa.**

CUARTA. CONDICIONES DE ADHESIÓN

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

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

- a. Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro colectivo de accidentes.
- b. En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.
- c. Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al colectivo asegurado.

QUINTA. INDISPUTABILIDAD

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador puede exigir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar

CONDICIONES GENERALES

reclamación alguna, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En el supuesto de indicación inexacta de la profesión del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera profesión del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato presenta una categoría de riesgo superior a la establecida por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la profesión, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación asegurada se reducirá en función a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

SEXTA. VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL COLECTIVO.

El Tomador tendrá la obligación de notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, y que pueden consistir en:

a. Altas: Originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al colectivo asegurado, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro colectivo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en el próximo vencimiento de prima o fracción, una vez satisfechas las condiciones de adhesión, o en la fecha que se estipule en las condiciones particulares.

b. Bajas: Tendrán lugar por la salida del grupo asegurado o del asegurable. En este caso, el Asegurador devolverá al Tomador la parte de la prima correspondiente al período del seguro no transcurrido.

Cuando el Asegurado cause baja en el seguro por salida del colectivo asegurable, podrá solicitar al Asegurador la continuación de su seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual.

SÉPTIMA. PAGO DE LAS PRIMAS

La primera prima será exigible a la firma del contrato. Si el Tomador no hubiera pagado la misma antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación. A elección del Asegurado podrá fraccionarse el pago de las primas en meses, trimestres o semestres mediante la aplicación de los recargos previstos en las bases técnicas.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurado no efectúa el pago dentro de los seis meses siguientes se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el asegurado pague la prima.

OCTAVA. INICIO DE COBERTURA Y PERIODO DE VIGENCIA

Inicio de cobertura

El contrato tomará efecto desde la formalización por ambas partes de la póliza, iniciándose la cobertura a partir de las cero horas del día siguiente al que se haya satisfecho el primer recibo de la prima.

Periodo de vigencia

La cobertura se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a excepción de pólizas temporales, a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, salvo que alguna de las partes notifique a la otra, por escrito, su deseo de oponerse a la prórroga, con una antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período del seguro en curso para la Mutualidad y de un mes para el tomador.

NOVENA. BENEFICIARIOS

Se entiende por Beneficiario la persona física o jurídica a favor de quién se concierta la prestación, designada por el Asegurado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

De no existir designación expresa, la Entidad reconocerá como Beneficiario a la persona o personas que se señalan a continuación y por el orden excluyente que se indica:

- El propio asegurado
- El cónyuge que conviva con el causante.
- Sus hijos legítimos, naturales reconocidos y adoptivos, por partes iguales.
- Sus padres por partes iguales.

CONDICIONES GENERALES

d. Los herederos legales.

DÉCIMA. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

De conformidad con la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente, en caso de queja o reclamación respecto a la actuación de la mutualidad de seguros, el cliente podrá dirigirse mediante la cumplimentación del formulario disponible en la página web de la entidad www.previs.es.

Asimismo, podrá formular denuncias o reclamaciones al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad y sito en el Pº de la Castellana nº 44 D.P. 28046 de Madrid (www.dgsfp.mineco.es). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante este Servicio, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de la presentación de la reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad Aseguradora sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada su admisión o desestimada su petición.

UNDÉCIMA. NORMAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En cualquier caso se deberá:

1. Acreditar la pertenencia del asegurado al colectivo asegurado.
2. Presentar copia del DNI del asegurado.

Una vez recibidos todos los documentos justificativos, el Asegurador notificará, su conformidad o denegación en base a las condiciones de este contrato.

En caso de conformidad, el Asegurador satisfará la indemnización al Beneficiario, por mediación del Tomador, dentro de los cinco días siguientes al término del plazo anterior y contra entrega del recibo correspondiente.

En ningún caso podrá perjudicar a los Beneficiarios la falta de diligencia del Tomador para justificar y reclamar la prestación que tenga derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse aquellos directamente al Asegurador, sin perjuicio de las acciones que éste pueda ejercer contra el Tomador

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

Si a consecuencia de accidente cubierto por el contrato fallece el Asegurado, inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, la Entidad pagará la indemnización prevista.

Tramitación de la prestación en caso de fallecimiento:

El Beneficiario deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- a. Diligencias previas, atestados de los cuerpos policiales o 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 del Beneficiario (libro de familia, acta de declaración de herederos ab intestato o testamento del asegurado).
- d. Modelo 650 de liquidación del impuesto de sucesiones.

Los beneficiarios de la póliza de seguro, en caso de fallecimiento del asegurado, podrán solicitar un anticipo sobre el capital asegurado con un máximo de 2.000 euros, como ayuda para gastos de gestión y de liquidación de impuestos.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE

En caso de incapacidad permanente a consecuencia de un accidente cubierto por el contrato (total, absoluta o gran invalidez), la Entidad pagará al Beneficiario después de quedar determinada la incapacidad, la indemnización que resulte según las siguientes normas:

- a. En el supuesto de incapacidad permanente total se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por incapacidad permanente total aquella situación irreversible que imposibilita el desarrollo de la profesión habitual al Asegurado.
- b. En el supuesto de incapacidad permanente absoluta se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por incapacidad permanente absoluta aquella situación irreversible que imposibilita el desarrollo de cualquier tipo de profesión al Asegurado.
- c. En el supuesto de incapacidad permanente gran invalidez se pagará la indemnización pactada para este supuesto. Se entiende por

CONDICIONES GENERALES

incapacidad permanente gran invalidez aquella situación irreversible que imposibilita el desarrollo normal de la vida al Asegurado, en su aspecto laboral como privado, el cual necesita la ayuda de terceras personas para realizar las funciones vitales básicas.

La Mutualidad estará al resultado de la declaración de incapacidad formulada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social. En todo caso se esperará a que la incapacidad permanente reconocida sea irreversible atendiendo al plazo de revisión que se fije por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y que éste sea superior a 2 años desde su concesión, conforme a lo establecido en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores cuando no se prevea que el trabajador vaya a reincorporarse a su puesto de trabajo. En caso de que se prevea la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo se esperará a que la incapacidad se considere permanente.

Cuando se produzca el pago del capital asegurado para cualquiera de estas garantías, el contrato se extinguirá de forma automática para el asegurado afectado excluyendo la percepción de cualquier otro importe establecido en la póliza.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE SEGÚN BAREMO.

El Asegurador se obliga a pagar al Beneficiario el importe de indemnización resultante de aplicar el porcentaje de baremo que resulte por las lesiones permanentes e irreversibles derivadas de accidente sobre el capital garantizado en las condiciones particulares para dicha garantía.

A los efectos del presente seguro, se entiende por invalidez permanente según baremo derivada de accidente cubierto por el presente contrato de acuerdo a las Condiciones Generales aquella lesión que suponga la pérdida anatómica o funcional de miembros u órganos con carácter permanente e irreversible.

Baremo:

Porcentaje del 100% : Pérdida de ambos brazos o de ambas manos; de ambas piernas o de los dos pies; de un brazo y de una pierna; de una mano y de un pie. Ceguera absoluta. Parálisis completa. Enajenación mental incurable y absoluta.

Porcentaje del 75% : Pérdida completa y definitiva de un miembro inferior. Amputación o fractura no consolidada del muslo.

Porcentaje del 60% : Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano derechos.

Porcentaje del 50% : Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano izquierdos; de toda parte inferior a la rodilla; de un pie. Fractura no consolidada de una pierna. Seudoartrosis del fémur por efecto de gran pérdida de sustancia ósea. Sordera completa e incurable de ambos oídos.

Porcentaje del 30% : Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación del mismo. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Seudoartrosis de húmero, consecuente a gran pérdida de sustancia ósea. Codo bailante o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, no siendo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis extensa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en defectuosa posición. Fístula gástrica o estercorácea.

Porcentaje del 20% : Pérdida completa o luxación irreductible del hombro. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Muñeca o garganta del pie bailante. Seudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o de la rodilla en buena posición. Amputación total del pulgar derecho.

Porcentaje del 15% : Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano, o del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior, no menos de cinco centímetros. Fractura no consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de sustancia ósea en las paredes craneanas. Fístula o cualquier otra lesión del aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído. Fístula pleural.

Porcentaje del 5% : Amputación o pérdida completa de uno o dos dedos de una mano; o de dos o tres dedos de un pie; o de una falange del pulgar o de cuatro falanges de los dedos restantes de la mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o de la garganta del pie. Seudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco centímetros y superior a un centímetro de cualquier de los dos miembros inferiores.

Los porcentajes a aplicar para el cálculo de la invalidez permanente por accidente según baremo relativos a 'derecha' e 'izquierda' se invertirán en relación a brazos, manos o dedos cuando el Asegurado sea zurdo.

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

1. Todas las secuelas que se describen en cada baremo son traumáticas, es decir, derivadas de un accidente.
2. La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable se considera como invalidez y será clasificada por semejanza en el

CONDICIONES GENERALES

coeficiente de invalidez que corresponda de entre las lesiones anteriormente enumeradas.

3. Si la incapacidad proviniera por un defecto no previsto en los cuadros anteriores, el tipo de incapacidad se determinará por analogía de gravedad.

4. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida orgánica del mismo.

5. Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea solamente parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.

6. Cuando el Asegurado resulte, por un mismo accidente cubierto por la póliza, con varias pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total se calculará por acumulación de los porcentajes establecidos para las mismas, sin que el importe conjunto exceda en ningún caso del capital garantizado en las condiciones particulares para la garantía.

7. Las indemnizaciones contempladas en la presente garantía se considerarán siempre a cuenta de cualquiera otra indemnización por incapacidad permanente siempre y cuando deriven del mismo accidente reduciendo la suma asegurada en la proporción de las cantidades satisfechas por la mutualidad en concepto de incapacidad parcial.

8. Si el Asegurado presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que habría resultado si el Asegurado, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.

9. En la descripción del baremo, la palabra 'pérdida', se interpretará como pérdida funcional o amputación, según la característica de la lesión que produjo la secuela al asegurado.

10. La Mutualidad fijará el porcentaje de invalidez una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo; pero esta determinación se hará siempre dentro del año a contar desde la fecha del accidente.

11. La determinación del grado de incapacidad se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro. **Si el asegurado no aceptase la proposición de la Mutualidad en lo referente al grado de incapacidad, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos**, conforme a los artículos 38 y 39 de la Ley citada.

12. Si después de fijada la invalidez sobreviene la muerte del Asegurado, las cantidades satisfechas por la Mutualidad se considerarán a cuenta de la indemnización pactada para el caso de muerte por accidente.

13. La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo. La acumulación de todos los porcentajes de incapacidad, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

Tramitación de las prestaciones en caso de incapacidad permanente.

En caso de siniestro el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberá facilitar al Asegurador adicionalmente:

a) Resolución del I.N.S.S. en el que se declare la situación de incapacidad permanente y el grado de la misma; así como dictamen/propuesta del organismo público competente, y, en su caso, sentencia judicial firme. Debe contener: nombre, apellidos, domicilio, y actividad laboral previa a la invalidez; causas del accidente que han motivado la invalidez; diagnóstico completo; fecha de resolución; fecha en la que se inició la incapacidad temporal que derivó en la situación de incapacidad permanente.

b) Certificado Médico expedido por el médico que ha tratado la patología causante de la invalidez permanente en el que necesariamente se hará constar el nombre, apellidos, la edad y la profesión del inválido; la dolencia causante de la invalidez permanente y sus causas; fecha de probable inicio del proceso y fecha de inicio de la asistencia médica; nombre, apellidos, nº de colegiado y especialidad médica del facultativo; firma y fecha de expedición.

c) Formulario 145 de comunicación de datos al pagador debidamente cumplimentado y firmado.

El Asegurador podrá solicitar cuantos documentos y certificados adicionales estime necesarios para la precisa valoración del siniestro tras la presentación de los documentos requeridos.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

En el supuesto de incapacidad temporal a consecuencia de un accidente cubierto por el contrato, la Entidad satisfará al Beneficiario la indemnización diaria pactada de acuerdo con las siguientes normas:

a. El período máximo de indemnización será de 90 días a contar desde el día siguiente al de la baja por incapacidad temporal.

b. Cuando la persona asegurada ejerza habitualmente una profesión manual, la citada indemnización será satisfecha, por entero mientras la incapacidad temporal le impida dedicarse habitualmente a su trabajo.

c. Cuando el Asegurado ejerza una profesión liberal, de vigilancia y/o dirección, o no tenga una profesión determinada, la citada indemnización diaria será satisfecha mientras la incapacidad temporal le impida abandonar su domicilio.

d. Dicha indemnización será reducida a la mitad desde el momento en que pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones o

CONDICIONES GENERALES

abandone su domicilio.

e. Cada vez que las consecuencias de un accidente sean agravadas por la acción de una enfermedad, de un estado constitucional o de una incapacidad por falta de cuidados comprobados o por un tratamiento empírico, la indemnización será calculada sobre las consecuencias efectivas del caso que habrían existido en una persona enteramente sana sometida a un tratamiento médico racional.

f. Se deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro a la mayor brevedad posible y, en cualquier caso, siempre en los siete días siguientes a contar desde la fecha de baja. De recibirse la Declaración de Siniestro transcurrido dicho plazo el Asegurador comenzará a abonar los subsidios desde la fecha en que haya recibido la citada Declaración y tras descontar la franquicia. En caso de entrada simultánea de baja y alta una vez transcurrido el plazo de 7 días a contar desde la fecha de baja, no se devengará indemnización alguna.

Se entenderá por incapacidad temporal la imposibilidad del Asegurado para dedicarse total o parcialmente, a la profesión declarada en el contrato siempre que dicha imposibilidad sea consecuencia de un accidente cubierto por el contrato y acaecido dentro de los límites del territorio español.

DUODÉCIMA. ASISTENCIA SANITARIA

Los gastos de asistencia sanitaria que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado, serán por cuenta de la Entidad con el límite de la indemnización prevista cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares, según la condición primera, con la limitación cuantitativa establecida y con un período máximo de cobertura de 365 días a contar desde el primer día de atención médica.

DECIMOTERCERA. TRIBUTOS

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador, del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario.

DECIMOCUARTA. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones que deriven del presente contrato prescriben en el término de cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse. (Art. 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOQUINTA. JURISDICCIÓN

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

DECIMOSEXTA. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Clausula 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:

- 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.
- 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

CONDICIONES GENERALES

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 tiempos 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 radioactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1.a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1.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 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 :

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

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

CONDICIONES GENERALES

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

DECIMOSEPTIMA. SERVICIOS INCLUIDOS

Puede acceder y conocer el contenido de estos servicios, en el caso de que éstos queden reflejados en las Condiciones Particulares de la póliza, en el siguiente enlace: <https://www.previs.es/es/seguros/servicios/>.

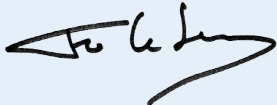
La Mutualidad no se hace responsable de la eventual interrupción del servicio o de las alteraciones de sus características por razones imputables a la empresa de servicios que la ofrece.

CONDICIONES GENERALES

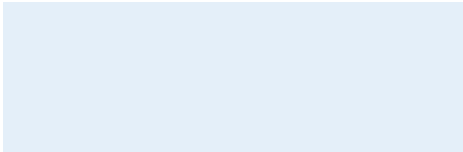
El tomador ha recibido las presentes condiciones generales, y reconoce haber leído y entendido estas condiciones, aceptando las mismas.

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social. Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF - V07103419

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025



SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVO

Asegurador: Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social

Número de Póliza: 4020017338-0

Corredor: AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (Cód: 5099658)

2310 - COLECTIVO ACCIDENTES INNOMINADO

1: OTROS

Estimado mutualista,

Esta es la copia de su contrato de póliza de seguro que debe devolvernos firmada. Para ello, ponemos a su disposición la dirección de correo electrónico infoseguros@previs.es, o bien a nuestro correo postal indicado más abajo.

C/ Gremi Sabaters, 68 - 1ºA
07009 Palma de Mallorca
Tel. Atención al cliente
900 720 210

PREVIS

Póliza: 4020017338-0
Suplemento: 0
COLECTIVO ACCIDENTES
INNOMINADO

CONDICIONES PARTICULARES

2310 - SEGURO ACCIDENTES COLECTIVO: COLECTIVO ACCIDENTES.
1: OTROS

INFORMACIÓN GENERAL

Efecto desde: 01/09/2025 a las 00:00 h.
Contratación: HASTA VENCIMIENTO DEL SEGURO
Forma de pago: ÚNICA

Vencimiento: 01/09/2026 a las 00:00 h.
Dom. de Cobro: Sin domiciliación bancaria

DATOS DEL MEDIADOR

Nombre: AON IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
E-mail: josemiguel.quintas@aon.es
Dirección: CL/ ROSARIO PINO , 14-16
Localidad: (28020) Madrid

Teléfono: 689256453 - 913405136

DATOS DEL TOMADOR

Nombre: DIPUTACION FORAL DE GUIPUZQOA
Dirección: PZ/ DE GUIPUZQOA
Localidad: (20004) Donostia-San Sebastián

CIF: P2000000F

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado: Los participantes, monitores, entrenadores y delegados de las actividades del Programa UDA de Actividad Física y Deportiva en Edad Escolar de Gipuzkoa (actividades de verano), organizadas por el tomador del seguro.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la póliza son por orden excluyente: el propio asegurado, su cónyuge no separado legalmente, sus hijos, sus padres y sus herederos legales.

COBERTURAS ASEGURADAS

Su alcance se describe en el condicionado general del presente contrato de seguro.

GARANTÍA	FRANQUICIA	LÍMITE PRESTACIÓN	REVAL.	CAPITAL ASEGURADO
2801-FALLECIMIENTO ACCIDENTE			0 %	15.000,00€
2809-GRAN INVALIDEZ ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2817-INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2825-INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL ACCIDENTE			0 %	30.000,00€
2845-INCAPACIDAD ACCIDENTE SEGUN BAREMO			0 %	30.000,00€
2839-ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTE	0 días	365 días	0 %	ILIMITADA

La Mutualidad Aseguradora

Firma Tomador

En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

CONDICIONES PARTICULARES

DELIMITACIÓN DE COBERTURA DE GASTOS ASISTENCIALES POR ACCIDENTE

Período máximo Cobertura de Asistencia Dental en Centros Concertados	365 DIAS
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico y Endoprotésico	2.400,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Ortopédico	400,00 EUR
Cobertura URGENCIA VITAL en Centros No Concertados, hasta	3.000,00 EUR
Importe máximo para Cobertura de Material Protésico Dental	1.800,00 EUR
Cobertura en Centros Asistenciales Públicos No Concertados	EXCLUIDO
Cobertura en Centros Asistenciales Privados No Concertados	EXCLUIDO

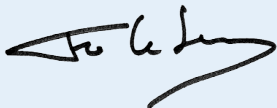
PRIMA

PRIMA NETA ANUAL:	7.069,78 €
IMPUESTOS:	576,19 €
CONSORCIO:	36,00 €
RECARGO:	0,00 €
PRIMA TOTAL:	7.681,97 €

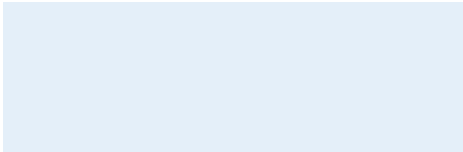
CLÁUSULAS ESPECIALES

SON APLICABLES A ESTE CONTRATO LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



CLÁUSULAS ESPECIALES

Período y ámbito de cobertura:

Los accidentes que puedan sufrir los asegurados durante su participación en las diferentes actividades del programa UDA incluyendo el in itinere, entre el 01 de junio y el 6 de septiembre de 2026.

La prima se ha calculado en base a 21.000 menores de 14 años. 11.000 mayores de 14 años y 1.400 monitores, entrenadores y delegados) y unos tres meses de duración.

Identificación de asegurados:

En caso de siniestro el tomador acreditará la condición del asegurado.

OBSERVACIONES

La póliza se ajustará íntegramente a las condiciones indicadas en el pliego anexo a la póliza.

Las exclusiones serán las detalladas en el pliego anexo a la póliza.

Para los menores de 14 años, el capital de fallecimiento quedará limitado a 5.000 euros en concepto de gastos de sepelio.

COBERTURAS ADICIONALES

Gastos de salvamento y transporte de heridos hasta 2.400 euros.

Gastos de rehabilitación en centros médicos de libre elección por el asegurado hasta 2.400 euros

Gastos de desplazamiento y estancia hasta 500,00 euros

Todas estas coberturas adicionales se abonarán mediante reembolso de facturas y previa valoración por parte del departamento de siniestros de la compañía, quién solicitará la documentación que considere oportuna con el fin de valorar que el gasto sea consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza.

PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS POR NO SINIESTRALIDAD

La presente póliza incluye una participación en beneficios del 35% con unos gastos de gestión del 20% que se ajustará a lo indicado en la cláusula XVIII del pliego que se anexa a la oferta.

C014 Se cubren únicamente las lesiones producidas por un accidente. En particular, y entre otras asimilables, no tendrán consideración de accidente a los efectos de este contrato las siguientes lesiones y tratamientos, o consecuencias de los mismos:

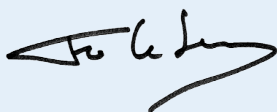
- Los siniestros derivados de esfuerzos o sobreesfuerzos sea cual sea el origen de su patología y, concretamente, las lumbalgias, dorsalgias o procesos lumbociáticos en que se deriven.
- Los siniestros que deriven de una enfermedad.
- Los siniestros cuya única manifestación es el dolor.

Se excluye además de la cobertura del contrato:

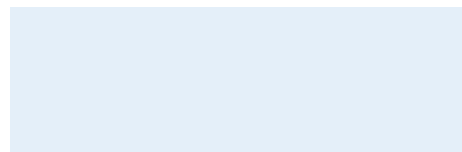
- Los siniestros derivados o agravados por una patología anterior a la entrada en vigor de la póliza.
- La agravación de cualquier siniestro derivado de accidente si dicha agravación se debe a una enfermedad.
- Cualquier siniestro que tenga origen o sea agravado por la no aplicación por parte del asegurado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

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

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

CLÁUSULAS ESPECIALES

C015 Contenido de la Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros Concertados:

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

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

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

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

C090 En caso de asistencia por URGENCIA VITAL el asegurado podrá ser atendido en el Centro Asistencial más próximo y las facturas que deriven de la asistencia prestada en 24 primeras horas desde el momento del accidente serán a cargo de la Mutualidad.

Una vez superada la primera asistencia de URGENCIA VITAL, y solo cuando el estado del accidentado lo permita, éste será trasladado a un Centro Asistencial Concertado para continuar su tratamiento.

En caso de permanencia en el Centro Asistencial no concertado, la Mutualidad no asumirá el pago de las facturas derivadas de todos los servicios que se le puedan prestar.

En base a lo anterior, y salvo los casos de URGENCIA VITAL según las condiciones anteriormente descritas, quedarán expresamente excluidas de cobertura y serán siempre con cargo del propio asegurado cualquier tipo de asistencia practicada por cualquier Centro Asistencial Público o Privado no incluido en la relación de Centros Concertados de la Mutualidad. Si los gastos se facturan a la Mutualidad, ésta los reclamará a los asegurados, encontrándose éstos obligados a abonarlos.

El Tomador se compromete y asume bajo su responsabilidad a informar a los asegurados de la póliza de forma expresa sobre el contenido de esta cláusula.

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

C801 Queda expresamente incluido de cobertura el accidente in-itinere

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

<http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>

La Mutualidad Aseguradora

Firma Tomador

En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

Ejemplar para la Mutualidad - devolver firmado

5 de 7

CLÁUSULAS ESPECIALES

C807 Se hace constar expresamente que en caso de que la póliza no se encuentre correctamente regularizada de acuerdo al artículo de *variaciones de la composición del grupo asegurado* de las Condiciones Generales en lo que al número de asegurados se refiere, en caso de siniestro resultaría de aplicación lo establecido en los artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro y se reduciría la indemnización que debería abonar esta Mutualidad proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese aplicado de haberse conocido el riesgo asegurable real.

C816 Si para la formalización del contrato de seguro es condición necesaria proporcionar a la Mutualidad los datos personales de los asegurados, el tomador será responsable de cumplir con los requisitos de la normativa vigente en materia de protección de datos personales para llevar a cabo tal comunicación, que le obliga, entre otras cosas, a informar a dichos asegurados de que sus datos serán comunicados a PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social.

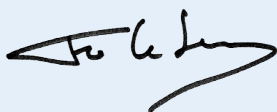
En tal caso, el tomador del seguro se compromete a informar a los asegurados de que:

- Sus datos serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social, que será Responsable del tratamiento.
- La finalidad del tratamiento es la formalización del contrato de seguro y la gestión de las coberturas contratadas por el tomador.
- El asegurado tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se explica en la información adicional que puede consultar en la política de privacidad de seguros en:

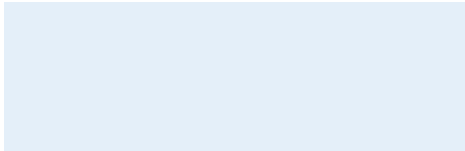
<http://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>

C820 El asegurado en caso de accidente deberá llamar a los teléfonos 981 94 11 11, en el que le indicarán el centro asistencial al que deberá acudir, salvo en caso de URGENCIA VITAL en el que acudirá al centro asistencial más próximo. En caso de que el asegurado reciba asistencia médica en centro médico no concertado ni autorizado por la compañía, no se asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios asistenciales prestados al asegurado. En el caso de que la asistencia se facturase directamente a la compañía, ésta podrá reclamar su importe al accidentado y/o, en su caso, al Tomador del Seguro.

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

FIRMA Y CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador declara haber recibido un ejemplar del presente contrato de seguro, que incluye las condiciones particulares, las cláusulas especiales y el condicionado general, sin validez y efecto por separado, y reconoce expresamente mediante la firma del presente documento haber leído y entendido estas condiciones, aceptando las mismas, y en especial las cláusulas limitativas a que hace referencia el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro incluidas en el condicionado general y que se reproducen a continuación:

- Quedan excluidas de cobertura las consecuencias siguientes:**
- a. Quedan excluidas las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
 - b. Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.**
 - c. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado.**
 - d. La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.**
 - e. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la condición primera de este contrato.**
 - f. Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.**
 - g. En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando como aficionado deportes de alto riesgo tales como; paracaidismo, vuelo en ala delta, parapente, ultraligeros y cualquier otra actividad aérea, boxeo, kick boxing, buceo, pesca submarina, caza mayor fuera de Europa, espeleología, alpinismo, escalada, barranquismo, carreras o rallies de automovilismo, motociclismo o motonáutica y cualquier tipo de deporte de nueva aparición de peligrosidad similar a los señalados, salvo que hayan sido declarados a la Mutualidad y expresamente aceptados por ella. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, interviniendo en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.**

RIESGOS ACEPTADOS MEDIANTE PACTO EXPRESO

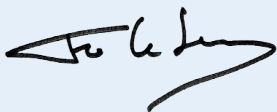
Quedan excluidos de la cobertura, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y, en su caso, se abone la prima adicional correspondiente:

- a. El uso y conducción de motocicletas y ciclomotores.**
- b. La práctica como aficionado de los siguientes deportes: juego de pelota, hípica, polo, ciclismo, artes marciales, navegación a vela y/o motor a más de dos millas de la costa, esquí acuático, y caza mayor en Europa.**

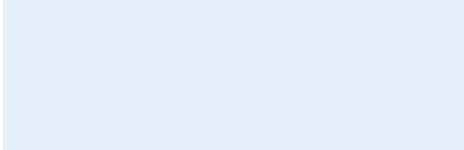
El Tomador del seguro reconoce haber recibido toda la información exigida en los Art. 122 a 127 del Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. (RD 1060/2015).

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

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

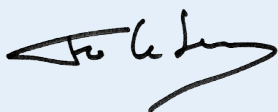
Póliza: 4020017338-0
Suplemento: 0
COLECTIVO ACCIDENTES
INNOMINADO

CONDICIONES GENERALES

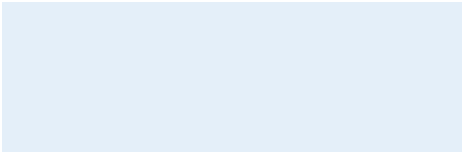
El tomador ha recibido las presentes condiciones generales, y reconoce haber leído y entendido estas condiciones, aceptando las mismas.

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social. Registro Mercantil de Palma de Mallorca al folio 80, tomo 1.135, hoja PM-15537. CIF - V07103419

La Mutualidad Aseguradora



Firma Tomador



En Palma de Mallorca, a 02 de Septiembre de 2025

Ejemplar para la Mutualidad - devolver firmado



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PARA LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES ORGANIZADAS O PATROCINADAS POR LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA

I.- DEFINICIONES GENERALES

Tomador del Seguro: Diputación Foral de Gipuzkoa.

Compañía aseguradora: La Entidad Aseguradora que asume los riesgos pactados contractualmente.

Personas aseguradas: Son las personas físicas y jurídicas, titulares del interés asegurado, que se señalan en el apartado VI de los presentes pliegos.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza el Pliego de Cláusulas Administrativas y el presente de Prescripciones Técnicas que rigen esta contratación, así como los suplementos, apéndices o ediciones que puedan emitirse posteriormente para complementarlos o modificarlos. Se entenderán nulas y sin valor ni efecto alguno, cuantas estipulaciones y cláusulas incluidas en las condiciones generales o particulares de la póliza de la entidad adjudicataria se opongan o contradigan el presente pliego así como el de cláusulas administrativas.

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

Suma Asegurada: La cantidad fijada en cada una de las partidas de la Póliza, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar por todos los conceptos por el Asegurador, en caso de siniestro.

Ocurrencia: El término ocurrencia significará una pérdida o serie de pérdidas que sean resultado de un solo evento.

Persona beneficiaria: La persona física o jurídica que, previa cesión, en su caso, por parte de la persona asegurada o por fallecimiento de esta u otra circunstancia, resulte titular del derecho a la indemnización.

Siniestro: La materialización de alguno de los riesgos asegurados que directamente ocasione la pérdida de la vida o las pérdidas orgánicas, anatómicas o funcionales que, de acuerdo con las condiciones de este pliego, tengan que ser indemnizados, o den lugar a cualquier clase de gastos que, de acuerdo asimismo con las condiciones de esta póliza, tengan que ser indemnizados.



Accidente: Se entiende por accidente toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de la persona asegurada en los términos señalados más adelante en las bases específicas para el seguro de accidentes contenidas en los presentes Pliegos.

II.- OBJETO DE CONTRATO

Es objeto de estos pliegos la contratación por la Diputación Foral de Gipuzkoa, como Tomadora, de las coberturas de seguro de accidentes en favor de las personas inscritas para la práctica de las actividades deportivas o culturales organizadas o patrocinadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa y demás colectivos señalados en la estipulación VI del presente Pliego.

III.- CONDICIONES TÉCNICAS

Las condiciones particulares de la póliza a contratar son las que se especifican en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas las cuales tienen la consideración de coberturas mínimas.

IV.- EXTENSIÓN DE LAS COBERTURAS

El colectivo asegurado queda amparado por las coberturas de la póliza de accidentes durante su participación en las actividades aseguradas descritas en la estipulación V y en todo el mundo, así como durante los desplazamientos y estancias motivadas por la participación en las citadas actividades.

V.- ACTIVIDADES ASEGURADAS

1. Las actividades aseguradas son las actividades deportivas o culturales organizadas o patrocinadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa en los términos establecidos por la LEY 2/2023, de 30 de marzo, de la actividad física y del deporte del País Vasco, el Decreto 125/2008, de 1 de julio, sobre Deporte Escolar, y resto de Disposiciones reguladoras de los programas anuales de actividad física y deporte en edad escolar, (*Programa de Actividad Física y Deporte en edad escolar*)¹. También estarán aseguradas las actividades de la campaña UDA, que son actividades de iniciación deportiva de carácter recreativo que se practican generalmente en el medio natural y que se desarrollan solamente en verano. Son cursos que se realizan de forma específica en cada municipio.

¹ Este programa tiene por objetivo iniciar a la práctica deportiva a toda la población infantil guipuzcoana de edades comprendidas entre 6 y 16 años, con un modelo que contempla la formación deportiva como un proceso a largo plazo y donde se ofrece a todos y todas las escolares la posibilidad de que conozcan diversos deportes. Más información en el siguiente enlace: <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/kirolak/deporte-escolar/programa-anual/programa-deporte-escolar>.

2. Las actividades de verano organizadas por el Servicio de Promoción de Infancia, Adolescencia y Juventud (*colonias y campamentos*)¹.

VI.- DESCRIPCIÓN DEL COLECTIVO ASEGURADO

1.- Tendrán la condición de Asegurados:

- Las personas participantes en las actividades mencionadas en los puntos 1 y 2 del apartado V: Actividades Aseguradas:
 - Las y los escolares.
 - Delegados/as.
 - Entrenadores/as.
 - Monitores/as.
 - Jueces y/o árbitros.
- Las personas participantes, directoras y monitoras de las actividades de verano organizadas por el Servicio de Promoción de Infancia, Adolescencia y Juventud (las personas participantes en las actividades mencionadas en el punto 2 del apartado V: Actividades Aseguradas).

2.- La composición aproximada del colectivo asegurado, con carácter orientativo, es la siguiente:

Actividad	Menores de 14 años	Mayores de 14 años	Monitores, entrenadores y delegados
Programa de Actividad Física y Deporte en Edad Escolar	64.000	18.700	6.900
Actividades de Verano	-	600	70

3.- Se considerará automáticamente asegurada por la póliza toda persona que

¹ Actividades a realizar durante los meses de julio y agosto en el campamento o estancia idiomática en que participen, que será de dos semanas como máximo, y a los accidentes in itinere ocurridos con motivo de los traslados.

La cobertura de los asegurados se entenderá limitada al período de tiempo de estancia. Las coberturas de la póliza se extenderán a los accidentes que pudieran sobrevenir a las personas aseguradas con motivo de la práctica de las actividades deportivas o culturales, quedando también incluidos los accidentes ocurridos in-itinere.

En relación a los gastos médico-farmacéuticos de asistencia sanitaria y curación, la compañía aseguradora reintegrará o pagará, en su caso, los gastos necesarios originados por la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, así como los gastos derivados de la asistencia de carácter urgente y primeros auxilios, y los gastos de rehabilitación.

Tipología:

- Estancias de ocio
- Actividades deportivas que incluyen todo tipo de actividades deportivas y lúdicas, tales como, pero sin limitarse a, travesía o rutas en bicicleta, rutas BTT, vías ferrata, excursiones a caballo, paseo en piragua, escalada, visitas culturales, surf, piragüismo, rafting, hidrospeed, kanorraft, barranquismo, padel surf, remo, pedalón, navegación optimista, zodiac, a vela, espeleología, buceo, snorkel, rutas en barco (resto de actividades acuáticas), vivac, trekking, rapel, tirolina, parques de aventura, quads, windsurf, actividades circenses, diversos talleres (primeros auxilios, masaje, malabares y cuero), excursiones y visitas, actividades medioambientales, etc..



en el presente o en el futuro se encuentre, al tiempo de ocurrir el siniestro, inscrita para la práctica de las actividades deportivas o culturales patrocinadas u organizadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa, así como los entrenadores, técnicos, delegados y monitores que participan en las citadas actividades, sin que en ningún caso la compañía adjudicataria pueda requerir la emisión de listas nominativas. Ésta, podrá, no obstante, requerir a la Diputación Foral de Gipuzkoa que facilite certificación acreditativa de que la persona asegurada en la fecha de ocurrencia del siniestro se encontraba efectivamente inscrita para la práctica de actividades deportivas o culturales organizadas o patrocinadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa, así como toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

4.- En el supuesto de cese, por cualquier causa, de la pertenencia al colectivo asegurado, se conservarán los derechos que se deriven de siniestros o accidentes ocurridos durante la pertenencia al colectivo asegurado.

VII.- ÁMBITO TEMPORAL

La fecha de efecto de la póliza comenzará inicialmente a las 0 horas del día 1 de septiembre del año 2025 hasta el 31 de agosto de 2026.

Un retraso en el pago de la prima no resuelve el contrato ni libera la obligación de la Entidad Aseguradora de atender los siniestros que se produzcan.

A partir de la fecha de efecto de la póliza, la Aseguradora Adjudicataria asumirá el riesgo del contrato adjudicado.

VIII.- RIESGOS CUBIERTOS EN EL SEGURO DE ACCIDENTES

Se garantizan por el presente contrato el abono de las indemnizaciones previstas en la cláusula XII del presente Pliego como consecuencia de accidentes sufridos por las personas aseguradas de las que se derive una situación de:

a) FALLECIMIENTO de las personas aseguradas mayores de catorce años, tanto si el mismo ocurre inmediatamente después del accidente, como si aquél sobreviniese como consecuencia de éste dentro de los cinco años siguientes al día en que se produjo.

b) INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA y TOTAL como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, tanto si esta situación se produce de forma inmediata, como si ésta sobreviene por consecuencias directas del accidente dentro de los dos años y medio siguientes al día de su ocurrencia.

c) INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL derivada de accidente, dependiendo del grado, entendiéndose que contempla todos los supuestos de pérdidas orgánicas, anatómicas o funcionales.



Serán considerados accidentes, además de los supuestos principales propios de este tipo de seguro, los siguientes:

- a) Envenenamiento, asfixias o quemaduras producidas por aspiración involuntaria de gases por inmersión o sumersión por ingestión de materias líquidas o sólidas, sean o no alimenticias, que sean consecuencia de error, o de acto criminal de tercero.
- b) Las infecciones que tengan su origen en un accidente cubierto por la Póliza.
- c) Las infecciones y consecuencias derivadas de intervenciones quirúrgicas o tratamiento médico, motivados por un accidente cubierto por la Póliza, incluso si sobreviene por culpa, negligencia o dolo del facultativo que las practica o prescribe.
- d) Las insolaciones, congestiones, constelaciones, u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si la persona asegurada ha estado expuesta a ellas a consecuencia del accidente.
- e) Consecuencias de todo tipo derivadas de la mordedura de animales y picaduras de insectos.
- f) Los ocurridos en acciones de legítima defensa así como los relacionados con el deber de solidaridad humana.
- g) Los sobrevenidos en situaciones de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas, enajenaciones mentales, inconsciencia o sonambulismo.
- h) Los derivados del uso de medios normales de locomoción terrestre, acuática o aérea así como los derivados de la conducción de cualquier tipo de motocicleta, automóviles, turismos de uso particular, furgonetas y camiones, siempre que la persona asegurada posea el permiso de conducir adecuado al vehículo que conduzca.
- i) Se incluyen los derivados de la práctica de cualquier tipo de deporte, incluidos el uso de automóviles (karts) embarcaciones a remo, vela o motor en alta mar, surf, piragüismo y demás actividades acuáticas, ascensión a montañas, práctica del esquí y práctica de la pesca submarina con o sin escafandra autónoma.
- j) Los derivados de intervención en corrientes de alta tensión.
- k) Los esguinces y torceduras, así como la rotura de gafas y prótesis, incluso dentales, sean estas últimas inamovibles o no.
- l) Tienen la consideración de accidentes las lesiones o muerte y sus consecuencias que tengan su origen en infarto embolia, derrame cerebral y en otras similares, siempre que tengan lugar durante la práctica de las actividades



deportivas y/o culturales organizadas o patrocinadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- m) Aquellos siniestros de igual naturaleza que los anteriormente expuestos ocurridos fuera del territorio del Estado quedan expresamente amparados por la Compañía Aseguradora de acuerdo con las condiciones de la Póliza, siendo por tanto una cobertura a nivel mundial.
- n) Las coberturas de la Póliza se extenderán a los accidentes que pudieran sobrevenir a las personas aseguradas con motivo de la práctica de las actividades deportivas o culturales, quedando también incluidos los accidentes ocurridos in-itinere.
- o) Todos aquellos hechos catalogados como accidentes por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes. En consecuencia, la calificación de un hecho como accidente, el fallecimiento o la graduación de la incapacidad permanente vendrán determinadas por la regulación de la Seguridad Social y/o por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes.



IX.- RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de esta Póliza los siguientes accidentes:

- a) Los provocados intencionalmente por la persona asegurada.
- b) Que resulten de la utilización por la persona asegurada de aparatos de navegación aérea, salvo que se trate de vuelos como pasajeros en líneas regulares o vuelos “charter”, o los necesariamente utilizados en el ámbito de cobertura descrito.
- c) Que sean debidos a la guerra, civil o extranjera.
- d) Los accidentes cuya cobertura corresponde al Consorcio Compensación de Seguros, según su propia normativa.
- e) Originados con ocasión de duelos, desafíos, apuestas o riñas.
- f) Producidos directa o indirectamente por reacción a radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- g) Las enfermedades de cualquier clase o naturaleza.

X.- COBERTURAS ADICIONALES

a) ASISTENCIA MÉDICA ODONTO-ESTOMATOLÓGICA. Quedará cubierta para todas las personas aseguradas la asistencia médica odonto-estomatológica, incluso prótesis dentales.

b) ASISTENCIA SANITARIA y MEDICO-FARMACEÚTICA. La presente cobertura queda garantizada para todos los participantes en las *Actividades de Verano* organizadas por el Servicio de Promoción de Infancia, Adolescencia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa, **mientras que para las restantes actividades aseguradas en la Póliza queda condicionada a que el participante no tenga derecho de asistencia sanitaria en virtud de otro título.**

c) GASTOS DE SALVAMENTO y TRANSPORTE de HERIDOS, que se originen como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

d) GASTOS de REHABILITACIÓN, en centros médicos de libre elección por el Asegurado.

e) PRIMERA PRÓTESIS ORTOPÉDICA, incluidos los gastos médicos para su implantación.

f) GASTOS de SEPELIO. Exclusivamente para personas aseguradas menores de catorce años.



g) **GASTOS de DESPLAZAMIENTO y ESTANCIA** de un acompañante por hospitalización de menores a consecuencia de accidentes cubiertos.

Estas coberturas adicionales se extienden a la asistencia y gastos que se produzcan dentro de los dos años siguientes al día de ocurrencia del accidente.

XI.- CAPITALES ASEGURADOS

El capital asegurado para cada una de las personas integrantes del colectivo asegurado es el siguiente:

a) Primera prótesis ortopédica incluidos los gastos médicos para implantación de la misma, incluyendo gafas.	2.400 Eur.
b) Gastos de asistencia sanitaria y médico-farmacéutica para aquellos participantes que no tengan derecho en virtud de otro título y para todos los participantes en las actividades de verano organizadas por el Servicio de Promoción de Infancia, Adolescencia y Juventud	Ilimitados
c) Gastos de salvamento y transporte de heridos.	2.400 Eur.
d) Gastos de rehabilitación en centros médicos de libre elección por el asegurado.	2.400 Eur.
e) Asistencia médica odonto-estomatológica	1.800 Eur.
f) Gastos de sepelio de menores de 14 años.	5.000 Eur.
g) Fallecimiento por accidente mayores de 14 años.	15.000 Eur.
h) Gran Invalidez	30.000 Eur.
i) Invalidez absoluta y permanente.	30.000 Eur.
j) Invalidez total y permanente.	30.000 Eur.
k) Invalidez permanente parcial (según grado).	30.000 Eur.
l) Gastos de desplazamiento y estancia	500 Eur.

Los capitales de invalidez no serán acumulativos entre sí.

En los casos de Invalidez Permanente, la Entidad Aseguradora abonará la cantidad total asegurada para este evento si dicha incapacidad es completa y es calificada de Gran Invalidez o Invalidez Permanente Total o Absoluta; si es Parcial, una parte proporcional al grado de incapacidad.

Para la evaluación de distintas lesiones, orgánicas, anatómicas o funcionales constitutivas de Invalidez Permanente se establecen las siguientes reglas:



- 1ª.** A efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta la situación física previsiblemente irreversible, provocada por accidente, y determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.
- 2ª.** Se entiende por Invalidez Permanente Total cuando se haya producido la pérdida completa y absoluta de los dos ojos o de la visión, la perturbación mental completa e incurable producida única y directamente por un accidente, la pérdida completa de dos miembros, como ambos brazos, ambas piernas, las dos manos o los dos pies, o un brazo y una pierna, o una mano y un pie, o un brazo y un pie, o una mano y una pierna, la ceguera absoluta, la parálisis completa, lesiones que obliguen a guardar cama permanentemente y cualquier otra lesión que cause Invalidez total Permanente.
- 3ª.** Baremo para graduar una Invalidez Permanente Parcial::

Baremo (en %) para la graduación de la Incapacidad Permanente Parcial	Lado derecho	Lado izquierdo
Perdida total de un brazo o de una mano.	60	50
Pérdida total del movimiento del hombro.	25	20
Pérdida total del movimiento del codo.	20	15
Pérdida total del movimiento de la muñeca.	20	15
Pérdida total del dedo pulgar y del índice.	40	30
Pérdida total de tres dedos comprendido el pulgar o el índice.	35	30
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice.	25	20
Pérdida total del dedo pulgar y de otro que no sea el índice.	30	25
Pérdida total del índice y de cualquier otro que no sea el pulgar.	20	17
Pérdida total del pulgar sólo.	22	18
Pérdida total del índice sólo.	15	12
Pérdida total de uno de los dedos medio, anular o meñique.	10	8
Pérdida total de dos de estos tres últimos dedos.	15	12
Perdida total de una pierna o un pie.	50	
Pérdida del dedo gordo de un pie.	10	
Pérdida de uno de los demás dedos del pie.	5	
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos.	40	
Ablación de la mandíbula inferior.	30	
Pérdida de total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	30	
Esa misma lesión si la visión del otro ojo estaba perdida antes del accidente.	50	
Sordera completa de los dos oídos.	60	



Sordera completa de un oído.	15
La misma lesión si la sordera del otro oído existía antes del accidente.	20
Fractura no consolidada de una pierna o un pie.	25
Fractura no consolidada de una rótula.	20
Pérdida total del movimiento o rigidez de una cadera o de una rodilla	20
Pérdida total del movimiento o rigidez del tobillo	15
Acortamiento por lo menos de 5 centímetros de un miembro inferior.	15

- 4ª.** Cuando la pérdida o inutilización de los indicados miembros y órganos sea solamente parcial, el grado de incapacidad se fijará reduciendo las citadas tasaciones en la misma proporción.
- 5ª.** En los casos en que no estén previstos en los párrafos anteriores, el grado de incapacidad se fijará en base y en proporción de las tasaciones que procedan. En los casos en que no estén señalados anteriormente, como los de pérdida parcial de miembros, el grado de incapacidad se fijará en proporción a su importancia, tomando como base de comparación las incapacidades y porcentajes enumerados. En cualquier caso, los tipos de incapacidad no especificados de modo expreso en el baremo, se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
- 6ª.** En los supuestos de que la persona asegurada haya sido indemnizada por Invalidez Permanente Parcial (según baremo), en el caso de que posteriormente le sea reconocido otro tipo de incapacidad ocasionada por un nuevo accidente, cuyas consecuencias no supongan una agravación de la incapacidad parcial declarada anteriormente, recibirá el capital total garantizado por el nuevo tipo de incapacidad, y si es declarado como agravación de la incapacidad parcial declarada anteriormente se abonará la diferencia entre la ya abonada y la que corresponda al nuevo tipo de incapacidad.
- 7ª.** Si el riesgo protegido es una Invalidez Total o Absoluta, no se puede fraccionar el importe de la «cantidad asegurada» en base al baremo establecido para la Incapacidad Parcial.
- 8ª.** Un mismo accidente no dará derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de Invalidez Permanente.
- 9ª.** La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de Invalidez Parcial en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
- 10ª.** Si de un solo accidente resultaren varias de las incapacidades detalladas sin entrañar una incapacidad absoluta, la entidad adjudicataria sumará las indemnizaciones correspondientes, pero sin que pueda exceder



su importe del 100 por 100 de la suma asegurada, en caso de incapacidad absoluta.

- 11ª.** La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro o/y órgano se equipara a su pérdida total.
- 12ª.** La pérdida total permanente del uso de un miembro será considerado como pérdida del miembro.
- 13ª.** Si la persona asegurada es zurda, en caso de lesiones en miembros superiores se invertirán los porcentajes previstos en el baremo.

XII.- DESAPARICIÓN DE PERSONAS

Si como consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza resulta desaparecida una persona integrante del colectivo asegurado, se equipará esta situación a la de fallecimiento si no apareciese dicha persona en el plazo de dos meses contados de fecha a fecha desde el día de ocurrencia del siniestro, siempre y cuando existan indicios suficientes sobre su posible fallecimiento.

En este caso, las personas beneficiarias percibirán la correspondiente indemnización, previa asunción de la obligación de reintegrar a la Entidad Aseguradora el importe de dicha indemnización, sin aplicación de intereses, para el supuesto de supervivencia del desaparecido.

XIII.- PERSONAS BENEFICIARIAS

En defecto de designación expresa por parte de la persona asegurada, las personas beneficiarias serán, por el orden prelación que se indica:

- En caso de invalidez, la propia persona asegurada
- En caso de fallecimiento, acudiendo a las siguientes reglas:
 - ⇒ En primer lugar, cónyuge o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la Ley 2/2003, de 7 de mayo, que no se encuentre legalmente separado/a de la persona asegurada en el momento del fallecimiento.
 - ⇒ En defecto del cónyuge o pareja de hecho no separado/a legalmente, los/las descendientes de primer grado y, en su defecto, los/las demás descendientes de la persona asegurada.
 - ⇒ En defecto de lo anterior, los padres y, en su defecto, los/las demás ascendientes de la persona asegurada.
 - ⇒ En defecto de lo anterior, los hermanos y/o hermanas de la persona asegurada.



⇒ En defecto de los anteriores, el capital asegurado se entregará a las personas sucesoras legales de la persona asegurada, con exclusión en todo caso, del Estado.

En caso de existir varias posibles personas beneficiarias y salvo que la persona asegurada hubiere efectuado el reparto por anticipado entre todas ellas, se seguirán por analogía, las normas del Código Civil sobre la delación y los llamamientos de la herencia.

XIV.- PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

En caso de siniestro, el pago de la suma asegurada se efectuará por la entidad aseguradora por transferencia bancaria, a la persona asegurada, o en su caso, a la persona beneficiaria que corresponda, según las reglas que para su determinación se especifican en la estipulación anterior.

La Compañía, una vez recibida la documentación completa del siniestro y a partir de dicha fecha, queda obligada a abonar la indemnización que corresponda en el plazo de 10 días laborales.

En relación con la documentación necesaria para la tramitación de los expedientes y consiguiente pago de las indemnizaciones correspondientes, la entidad aseguradora que resulte adjudicataria no podrá requerir documentación complementaria adicional a la siguiente documentación, salvo casos excepcionales que resulten justificados a juicio del/la Secretario/a Técnico/a del Departamento de Gobernantza y Comunicación con la Sociedad de la Diputación Foral de Gipuzkoa:

- a)** Parte de comunicación del siniestro debidamente firmada (en instancia normalizada en su caso por la compañía).
- b)** Certificación emitida por el Órgano Competente expresiva de que la persona respecto de la cual se solicita el abono de la correspondiente indemnización se hallaba inscrita para la práctica de actividades deportivas o culturales patrocinadas u organizadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa en el momento de ocurrencia del hecho causante generador de indemnización.

En el supuesto de la cobertura de los gastos de las gafas, no será necesario documentación adicional, siendo suficiente con la referida en los apartados a) y b).

- c)** Documentación adicional:
 - En los puestos de fallecimiento:
 - Certificación de defunción de la persona asegurada
 - Documentos acreditativos de la personalidad e identidad de las personas beneficiarias.



- Documento acreditativo de haber presentado la autoliquidación correspondiente por razón del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- En los supuestos de Gran Invalidez o de Invalidez Permanente Absoluta o Total:
 - Dictamen médico emitido por la unidad de valoración médica de incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social u órgano equivalente de la Comunidad Autónoma o resolución declarativa de la situación de invalidez o incapacidad.
- En los supuestos de Invalidez Permanente Parcial y demás coberturas adicionales:
 - Partes o Informes médicos expresivos del tipo de incapacidad y secuelas resultantes del accidente.

XV.- CRITERIO EN CASO DE SINIESTRO.

A efectos de la póliza que se contrate, se considerará como fecha del siniestro para todas las garantías de la póliza, la fecha de ocurrencia del accidente.

No obstante, la compañía adjudicataria deberá mantener el mismo criterio que viene utilizándose en la actualidad de cara a la determinación de la fecha de siniestro para cada una de las garantías indicadas en el presente pliego con objeto de que no haya periodos de no cobertura.

XVI.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre que aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios y demás disposiciones complementarias.

Aquellos siniestros de igual naturaleza que los anteriormente expuestos, ocurridos fuera del territorio del Estado quedan expresamente amparados por la Compañía Aseguradora de acuerdo con las condiciones del presente pliego.

En aquellos supuestos de cobertura amparados bajo la garantía del Consorcio de Compensación de Seguros, si la persona beneficiaria así lo solicita, la compañía aseguradora anticipará a aquella la indemnización que dicho organismo deba hacer frente. En este caso la persona beneficiaria firmará una subrogación a favor de la entidad aseguradora sobre el derecho de cobro de la indemnización anticipada por ésta y se comunicará al Consorcio para que sea tenida en cuenta en el momento del abono de la indemnización. En ningún caso la persona beneficiaria aceptará un doble



abono y caso de producirse quedará comprometida a su inmediata devolución al asegurador. Dicho anticipo tendrá como exclusivo fin el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones que grave la percepción de dicha prestación y se realizará mediante la entrega a los beneficiarios de cheque bancario expedido a nombre de la Administración acreedora del impuesto.

La prima que devengue el presente contrato a favor del Consorcio de Compensación de Seguros será anticipada por la Compañía Adjudicataria hasta tanto se produce la liquidación del importe total de la prima por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa a la Aseguradora.

Quedarán amparados bajo la póliza que se contrate aquellos siniestros que tengan su origen en riesgos extraordinarios que no estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

XVII.- OTRAS ESTIPULACIONES: VARIACIÓN DE CAPITAL Y/O GARANTÍAS

Los capitales y, en su caso, las garantías se modificarán en la misma forma, cuantía y proporción que lo determinen las normas legales o reglamentarias que en su caso dicten los órganos competentes.

El efecto inicial de la variación de las circunstancias a que se refiere el párrafo anterior, se retrotraerá a la fecha de entrada en vigor de las disposiciones normativas citadas, con independencia de la fecha en que se efectúe la notificación a la adjudicataria por esta Diputación Foral. Por consiguiente, se hace expresamente constar que la aseguradora asumirá las diferencias en las indemnizaciones que durante el plazo de vigencia del seguro se produzcan por esta causa.

En relación a la garantía de Asistencia sanitaria, en caso de cambio normativo, la Administración lo comunicará antes de su entrada en vigor, la adjudicataria valorará dicha modificación y trasladará a la Administración la implicación en prima que se origine por la aplicación de dicho cambio.

La Administración y la adjudicataria establecerán de común acuerdo un sistema para la materialización de las modificaciones en las garantías o capitales asegurados, así como para la liquidación de la prima que se origine como consecuencia de las citadas variaciones.

XVIII.- PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS POR NO SINIESTRALIDAD

La empresa licitadora incluirá en su oferta una participación en beneficios por no siniestralidad o por siniestralidad favorable, que se configurará con arreglo a las siguientes normas:

- 1ª. La desviación favorable se determinará por la diferencia entre el 80% (descuento del 20% por gastos de gestión) de las primas netas satisfechas



en la anualidad del seguro y el importe de los siniestros ocurridos en el mismo periodo.

- 2ª.** Sobre la desviación favorable que resulte, se aplicará el porcentaje de participación en beneficios (a determinar por la entidad licitadora. Mínimo 35%).
- 3ª.** La prima de renovación de cada anualidad será la que resulte de deducir a la prima calculada según tarifa el importe determinado conforme los apartados anteriores.
- 4ª.** En el caso de que la desviación de la siniestralidad fuera desfavorable, la empresa aseguradora soportaría íntegramente la pérdida del año.
- 5ª.** El importe así determinado se abonará al Tomador independientemente de la renovación del contrato

San Sebastián, 8 de agosto de 2025

Secretario Técnico del Departamento

Fdo.: Alfonso Acarreta Rodríguez



ANEXOS INFORMATIVOS

F.SINIESTRO	CAUSA	CAP.INDEM.
05/07/2021	Asistencia Sanitaria	312
19/07/2021	Asistencia Sanitaria	440
27/07/2021	Asistencia Sanitaria	252
13/08/2021	Asistencia Sanitaria	24,99
13/11/2021	Asistencia Sanitaria	25
20/11/2021	Asistencia Sanitaria	208,9
09/01/2022	Asistencia Sanitaria	350
11/02/2022	Asistencia Sanitaria	70
23/04/2022	Asistencia Sanitaria	233
14/07/2022	Asistencia Sanitaria	85
05/10/2022	Asistencia Sanitaria	80,3
22/10/2022	Asistencia Sanitaria	105
28/10/2022	Asistencia Sanitaria	115
05/11/2022	Asistencia Sanitaria	109