

DATOS DEL SEGURO				
Protocolo	Póliza	Póliza Reemplazada	Suplemento	Mediador
00000001/1	50102543/00000000		2	2800803
Nombre del Mediador		LOPEZ LOMEÑA CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.		
Ramo	Modalidad	Fecha de Efecto (00 horas)	Fecha de Vencimiento (00 horas)	Fecha de Emisión
11	70	01/09/2016	01/09/2017	13/09/2016
Duración		ANUAL RENOVABLE	Forma de Pago	SEMESTRAL

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO	
Tomador:	ASOCIACION ESPAÑOLA DE UNIHOCKEY
C.I.F.:	G82187907
Domicilio:	CL NAVAARMADO S/N
Teléfono:	639934353
Localidad:	28280 EL ESCORIAL
Provincia:	MADRID
Domicilio de cobro:	1465 - 0110 - 64 - 1900236576

DETALLE DEL PRECIO

Recibos sucesivos Desde **01/03/2017** Hasta **01/09/2017**

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
11.923,09	715,39	0,00	0,00	12.638,48

Nueva prima anual Desde **01/09/2016** Hasta **01/09/2017**

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
23.846,15	1.430,77	35,07	44,46	25.356,45

DATOS DEL COLECTIVO ASEGURADO	
Riesgo	1
Ámbito	DURANTE LA ACTIVIDAD
Sección	ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DE ENTRETENIMIENTO
División	ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y DE ENTRETENIMIENTO
Grupo	ACTIVIDADES DEPORTIVAS
Grupo de ocupación	ACTIVIDADES DEPORTIVAS
Ocupación	OTROS DEPORTES
Centro de trabajo	VER ACLARACIONES
Asegurados	741

ACLARACIONES
ACLARACION ACTIVIDAD: Federacion Española de Unihockey
Necesario aportar relacion de asegurados, indicando nombre completo, NIF y fecha de nacimiento

COBERTURAS Y CAPITALS

Coberturas Contratadas	Capitales asegurados por asegurado
RIESGO 1:	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.000,00 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA Y/O PARCIAL POR ACCIDENTE	12.000,00 €
Tipo de Invalidez: Según Baremo ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE EN CENTROS CONCERTADOS (ILIMITADA)	CONTRATADA

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

El Asegurador garantiza el pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares cuando se produzca la Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado, que le inhabilite por completo para toda profesión u oficio.

A estos efectos, el riesgo de Invalidez permanente absoluta solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

BAREMO PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

GRADO DE INVALIDEZ	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN	
	Derecho	Izquierdo
Parálisis completa	100%	
Enajenación mental incurable	100%	
Ceguera absoluta	100%	
Pérdida total de un ojo o de la visión del mismo	30%	
Pérdida total de un ojo o de la visión del mismo cuando el otro ya estaba perdido	70%	
Sordera completa	60%	
Sordera completa de un oído	15%	
Sordera completa de un oído cuando el otro ya estaba perdido	30%	
Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%	
Ambos brazos, manos, piernas o pies	100%	
De un brazo y una pierna o un pie	100%	
De una mano y un pie	100%	
De un brazo o la mano	60%	50%
De un dedo pulgar	20%	16%
Del dedo índice	16%	13%
De uno de los demás dedos de la mano	8%	7%
Del movimiento del hombro	25%	20%
Del movimiento del codo	20%	15%
Del movimiento de la muñeca	20%	15%

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

La pierna por encima de la rodilla	50%
La pierna a la altura o por debajo de la rodilla, o del pie completo.....	40%
Acortamiento, no inferior a 5 centímetros, de la pierna.....	15%
Fractura no consolidada de la pierna o del pie.....	25%
Fractura no consolidada de la rótula.....	20%
El dedo gordo del pie.....	10%
Uno de los demás dedos del pie.....	5%
El movimiento de la cadera o de la rodilla.....	20%
El movimiento del tobillo.....	20%
El movimiento de la articulación subastragalina.....	10%
El movimiento de la columna cervical, dorsal o lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas.....	33%

- Los porcentajes de invalidez considerados para Derecho e Izquierdo, se han tenido en cuenta para una persona diestra. Por lo tanto si el Asegurado es zurdo, lo que deberá probar convenientemente, se intercambiarán los citados porcentajes.
- Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro y órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.
- En los casos de invalidez no previstos en el baremo, el importe de la prestación se determina por analogía, proporcionalmente a su gravedad, según dictamen médico emitido por Especialista en evaluación de daño corporal.
- El grado de invalidez a tomar en cuenta, cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de los mismos sin que dicho grado pueda exceder del cien por cien (100%).
- Si la invalidez resultante de un accidente se viese agravada por defecto, mutilación o limitación funcional preexistente, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- En caso de invalidez permanente parcial sobrevenida al Asegurado como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, que deje lesiones residuales que precisen prótesis ortopédicas, el Asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis que se practique al Asegurado, hasta la de cantidad de 600 €.



ACCIDENTES COLECTIVOS

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales

Póliza nº 50102543/00000000

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

Mod: CPAPC05 SVGGNR/2016/7588096/3-8

ASISTENCIA SANITARIA ILIMITADA EN CENTROS CONCERTADOS

Como consecuencia de un accidente garantizado en póliza, el Asegurador asume los gastos de asistencia médica y hospitalización de forma ilimitada, con las siguientes condiciones:

- La asistencia sanitaria debe efectuarse únicamente en Centros o por Facultativos designados por el Asegurador, en caso contrario el Asegurado asumirá íntegramente los gastos originados.
- En caso de URGENCIA VITAL (*), el Asegurado podrá recibir dicha asistencia en el Centro Sanitario más próximo. En ese caso, el Asegurador sufragará los gastos derivados de la misma durante las primeras 24 horas a la ocurrencia del accidente garantizado en la presente póliza.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia el Asegurado deberá ser trasladado a un Centro Médico designado por el Asegurado para continuar su tratamiento.

- En caso de permanecer en un Centro Médico no concertado, el Asegurador no asumirá en ningún caso los gastos derivados de dicha asistencia.

Serán gastos objeto de la prestación:

- .- Asistencia urgente o primeros auxilios
- .- Asistencia médica, ambulatoria y traslado desde el lugar del accidente al tratarse de una URGENCIA VITAL (*)
- .- Farmacia (durante la permanencia del lesionado en los centros sanitarios), hospitalización, rehabilitación.

La garantía de Asistencia Sanitaria tendrá limitado su capital en el extranjero a 3.000 €

La prestación será asumida durante un plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente.

(*) Situación Grave que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inmediata.

EN CASO DE ACCIDENTE SERÁ IMPRESCINDIBLE LLAMAR AL TELEFONO DE CONTACTO ADJUNTO DONDE SE LE INDICARÁ EL Nº DE SINIESTRO Y EL CENTRO MÉDICO CONCERTADO AL QUE DIRIGIRSE.

Teléfono: 902 020 116

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltase la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con las distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810 569.

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 107 del ROSSP. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

Leído y conforme
EL TOMADOR DEL SEGURO

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
DIRECTOR GENERAL

