

SEGURO DE ACCIDENTES JUEGOS DEPORTIVOS DE NAVARRA XXXVII 2023-2024

Aseguradora: W.R. Berkley España (NIF W0371455G)

Número de Póliza: Nº: 2060370

Mediadora de la póliza:

Willis Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros Pº Castellana 36- 38, planta 4ª 28046 Madrid

Teléfono: 914 23 34 00 Email: moyanoj@willis.com

PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad [éste impreso](#) y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del teléfono 91 737 63 42, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante FAX al número 917374568 o por correo electrónico a la dirección gestion@canalsalud24.com

GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo.

La prestación de indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales se conceden a la/el deportista accidentado/o, que después de prestar todos los servicios y beneficios que se detallan en la póliza, al ser dado/a de alta definitiva le quedará, como consecuencia del accidente, una pérdida anatómica (mutilación o amputación) o funcional de algún miembro de una manera permanente e irreversible. Esta prestación tendrá lugar, previa solicitud, y aportación del Certificado Médico Oficial donde se especifiquen las secuelas fijas e irreversibles de la persona lesionada. La indemnización fijada con arreglo a la pérdida sufrida no tendrá en cuenta y será independiente del oficio o profesión de la persona lesionada y de la actividad deportiva que practique. La Compañía Aseguradora no tendrá en cuenta las valoraciones efectuadas por otros tribunales médicos.

Concedida la indemnización, la Compañía Aseguradora no se hará cargo de ningún gasto derivado de posteriores intervenciones o tratamientos de la zona afectada.

Si una vez abonada a la persona accidentada la indemnización correspondiente sobreviniera la muerte dentro del año de la fecha del accidente y como consecuencia del mismo, la Compañía Aseguradora considerará el pago realizado como un anticipo del importe de la indemnización de ésta la cantidad abonada y pagando el resto, si existiera.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES

PRIMER GRUPO	EUROS
☐ Enajenación mental incurable y absoluta	6.750
☐ Ceguera completa	6.750
☐ Monoparesia de un miembro inferior	1.250
☐ Monoparesia de un miembro superior	1.250
☐ Paraparesia de un miembro branquial	1.250
☐ Paraparesia de miembros inferiores hemiparesia (hemiplejía incompleta)	2.250
☐ Síndrome de cola de caballo	1.500
☐ Monoplejía de un miembro superior	1.500
☐ Monoplejía de un miembro inferior	1.875
☐ Tetraparesia	2.250
☐ Hemiplejía completa	4.500
☐ Parálisis completa y definitiva de ambas extremidades superiores o amputación	7.500
☐ Síndrome de hemisección medular (Brown Sequard)	4.500
☐ Síndrome medular transverso S-1 S-5 (alteraciones esfinterianas)	4.500
☐ Síndrome medular transverso L-1 S-1. La marcha es posible con aparatos, pero siempre teniendo el recurso de la silla de ruedas. Alteraciones esfinterianas, rectales y urinarias (2)	3.000
☐ Paraplejía D-4 L-2. Posición de sedestación posible y buena. Entre D-12 y L-1 con aparatos es posible la bipedestación, pero no puede andar (desplazamientos siempre en silla de ruedas). Alteraciones esfinterianas, rectales y urinarias (2)	10.375
☐ Tetraplejía C-8 D-1. Pueden usar sus dos miembros superiores y mantiene prehensión. La posición de sedestación es posible. Alteraciones esfinterianas, rectales y urinarias. Equilibrio de tronco bueno y posibilidad de uso del sillón de parapléjicos (1)	10.375
☐ Tetraplejía C-6 C-7. La cintura escapular (hombro) conservada. Necesidad de sillón eléctrico. Con aparatos puede comer. Alteraciones esfinterianas rectales y urinarias (1)	16.875
☐ Tetraplejía por encima de C-4. Tetraplejía completa. Parálisis de músculo diafragmático. Ninguna motricidad. Sujeto sometido a respirador automático (1)	16.875
☐ Amputación o pérdida funcional de ambas manos	3.000
☐ Amputación o pérdida funcional de ambos pies	3.750
☐ Tetraplejía por encima de C-8 D-1	
☐ Tetraplejía por encima de C-6 C-7	16.875
☐ Tetraplejía por encima de C-4	
☐ En las siguientes condiciones:	
☐ Al autorizarse la prestación por la Compañía Aseguradora.	2.250
☐ En los siguientes nueve años, en cada uno de ellos, que se abonará por trimestres adelantados a razón de 325 €	1.625 €/año
☐ Síndrome medular transverso L-1 S-1	
☐ Paraplejía D-4 L-1	10.375
☐ En las siguientes condiciones:	
☐ Al autorizarse la prestación por la Compañía Aseguradora.	2.250
☐ En los siguientes cinco años, en cada uno de ellos, que se abonará por trimestres adelantados a razón de 325 €	1.625

La Compañía Aseguradora hará entrega de la pensión directamente a la persona lesionada o a quien la represente.

El fallecimiento de la persona lesionada produce la extinción de la prestación.

Si la persona lesionada fallece estando en vigencia la pensión temporal, se concederá una prestación

de auxilio al fallecimiento por cuantía de 1.200 €, entregándose esta cantidad a los derechohabientes o a quien justificare el abono de los gastos de sepelio y, en este caso, si hubiese saldo a su favor a los citados derechohabientes.

A efectos de designación familiar o representante legal que haya de hacerse cargo de la pensión, se estará a lo determinado en la presente póliza. En cuanto al orden familiar y a la resolución judicial correspondiente si se trata de representante legal.

SEGUNDO GRUPO	EUROS	
<input type="checkbox"/> Amputación total del brazo dominante	1.875	
<input type="checkbox"/> Amputación total del brazo no dominante	1.688	
<input type="checkbox"/> Amputación total de la parte inferior del codo del brazo dominante	1.250	
<input type="checkbox"/> Amputación total de la parte inferior del codo del brazo no dominante	1.250	
<input type="checkbox"/> Amputación total de una pierna	2.250	
<input type="checkbox"/> Amputación total de la parte inferior de la rodilla	1.313	
<input type="checkbox"/> Amputación total de la mano dominante	1.250	
<input type="checkbox"/> Amputación total de la mano no dominante	1.250	
<input type="checkbox"/> Amputación total del pie	1.250	
	dominante	no dominante
<input type="checkbox"/> Amputación total de los dedos pulgar e índice de una mano	1250	625
<input type="checkbox"/> Amputación total de los dedos pulgar o índice de una mano	625	625
<input type="checkbox"/> Amputación de dos dedos o más de una mano	625	625
<input type="checkbox"/> Amputación de un dedo de una mano	625	625
<input type="checkbox"/> Amputación de todos los dedos de un pie	625	625
<input type="checkbox"/> Anquilosis de una rodilla	625	625
<input type="checkbox"/> Anquilosis de la garganta del pie	625	625
<input type="checkbox"/> Anquilosis del codo	625	625
<input type="checkbox"/> Anquilosis de la muñeca	625	625
<input type="checkbox"/> Anquilosis de los dedos de una mano	625	625
<input type="checkbox"/> Amputación parcial de un pie con pérdida de todos los dedos	1250	1250
<input type="checkbox"/> Amputación parcial de una mano con pérdida parcial de más de un dedo	1250	1250
<input type="checkbox"/> Acortamiento entre dos y cuatro centímetros de una pierna	625	625
<input type="checkbox"/> Acortamiento entre cuatro y diez centímetros de una pierna	625	625
<input type="checkbox"/> Sordera completa de ambos oídos	1250	
<input type="checkbox"/> Sordera completa de un oído	625	
<input type="checkbox"/> Pérdida total de un ojo	625	
<input type="checkbox"/> Reducción al 50 por 100 de la visión de ambos ojos	625	
<input type="checkbox"/> Ablación de mandíbula inferior	1250	
<input type="checkbox"/> Mutilaciones extensas en ambos maxilares	1250	
<input type="checkbox"/> Pérdida de sustancia ósea en paredes craneanas	625	
<input type="checkbox"/> Amputación de pabellón auricular	625	
<input type="checkbox"/> Amputación de la nariz	625	
<input type="checkbox"/> Pérdida del uso o luxación irreductible del hombro	625	
<input type="checkbox"/> Pérdida completa del movimiento de la cadera	625	
<input type="checkbox"/> Desviación permanente de la columna vertebral que origine deformidad externa o incapacidad	625	
<input type="checkbox"/> Pérdida en aparato genito-urinario	625	
<input type="checkbox"/> Extirpación del bazo	625	
<input type="checkbox"/> Extirpación de un riñón	625	

Cualquier otra mutilación o pérdida no especificada anteriormente se valorará por similitud con las del baremo.

En el caso de sufrir varias pérdidas o mutilaciones de miembros causados por el mismo accidente, se calculará la indemnización total sumando los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la cantidad de 6.250 €.

Si antes del accidente, el/la deportista presentaba mutilaciones o defectos funcionales, se tendrán éstos en cuenta cuando se trate de valorar los que se produzcan en el accidente y que puedan afectar a los ya existentes a efectos de determinar una indemnización menor que la que hubiese correspondido de no existir las mutilaciones primeras.

26.3.2. Auxilio al fallecimiento.

Cuando se produzca el fallecimiento de alguno de las personas aseguradas de la póliza como consecuencia de un accidente amparado en póliza la Compañía indemnizará a las personas beneficiarias un importe de 7.500 euros. En el caso de que el fallecimiento se produzca en la práctica deportiva descrita en esta póliza, pero sin causas directas del mismo, se indemnizará a las personas beneficiarias 2.250 euros.

La prestación de indemnización por fallecimiento concede a las personas beneficiarias, en caso de fallecimiento de la/el deportista, un auxilio o indemnización en la cuantía señalada anteriormente. A estos efectos serán personas beneficiarias, por orden de preferencia, el cónyuge supérstite, hijos/as, padres, hermanos/as y abuelos/as, que convivieran o dependieran de la persona fallecida, a los/as cuales les incumbe el derecho a solicitar dicha prestación, mediante la presentación de la documentación que acredite dichos requisitos.

Cuando el/la fallecido/a no cuente con familiares, no convivieran con el mismo o estén ausentes en el extranjero, o cualquier otra circunstancia similar, la Compañía Aseguradora cubrirá todos los gastos de sepelio y la diferencia, entre éstos y la indemnización, si la hubiese, será puesta a disposición del familiar ausente durante un plazo máximo de un año, transcurrido el cual, se perderá el derecho a la misma.

La indemnización a que esta prestación se contrae se concede a fin de que los familiares de la /el deportista fallecido, la entidad o persona que hubiera suplido los gastos económicos que el accidente comporte, tales como rescate, traslado de cadáveres, sepelio, etc., compensen dichos gastos.

Gastos originados por la adquisición de material ortopédico

Para la curación de un accidente deportivo (no prevención) por un importe del 70% del precio de venta al público del mencionado material ortopédico. Dicho importe deberá ser abonado directamente por la persona interesada, previa prescripción facultativa, pudiendo solicitar el reintegro del 70% del importe reflejado en el original de la factura que deberá ser remitida a la Compañía Aseguradora junto con la mencionada prescripción. El 30% restante será por cuenta de la persona interesada.

Gastos originados en odonto-estomatología

Por lesiones en la boca ocasionados por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 625 euros.

Departamento de Siniestros – *Diversos*

DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE ACCIDENTES

ISTRIPUEN EZBEHARRAREN DEKLARAZIOA

Por favor, cumplimente este formulario y remítalo por correo electrónico junto con los documentos que se solicitan directamente a la siguiente dirección: gestion@canalsalud24.com

TOMADOR ASEGURUAREN HARTZAILEA	INSTITUTO NAVARRO DEL DEPORTE CIF Q-3150025-I
Nº DE PÓLIZA POLIZA ZKIA	2060370
Nº DE EXPEDIENTE (1) ESPEDIENTE ZKIA	

(1) Referencia facilitada por la Compañía cuando se comunica el accidente por parte del Tomador al tel. **91 737 63 42 (atención las 24 horas del día)**

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA ZURITUAREN DATUAK			
NOMBRE Y APELLIDOS IZEN ABIZENAK			
NIF NANa	FECHA DE NACIMIENTO JAIO DATA	TELEFONO DE CONTACTO TELEFONO ZKIA	
DOMICILIO HELBIDEA			C.P.
LOCALIDAD Y PROVINCIA HERRIA ETA PROBINTZIA			
CORREO ELETRONICO POSTA ELEKTREONIKOA			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE ISTRIPUAREN ZIURTAGIRIA
D/Dña.-Jaun/Andereak _____ Con D.N.I. nº /NANa-ern Zkia: _____
En su cargo de/Zure kargua Idanez : _____ del centro/Kirol entitatea: _____
y en representación del Tomador del Seguro, Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación /eta aseguru-hartzailearen izenean, istripua gertatu dela ziurtatzen dut. Hona hemen istripuaren datuak :
LUGAR DE OCURRENCIA-NON GERTATU: _____ FECHA DE OCURRENCIA-ISTRIPUAREN DATA : _____
DESCRIPCION DE CÓMO HA OCURRIDO-GERTATUKOAREN DESKRIBAPENA:

ACTIVIDAD QUE REALIZABA-EGINDAKO JARDUERA:

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

BERKEY ESPAÑA Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección - Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.

Lehen deskribatutako ezbeharrean kaltetuak/istripua izan duenak baimena ematen du dokumentu honen bidez borondatez emandako datu pertsonalak tratatzeko eta datu horiek eguneratzeko, aseguru-kontratua bera bete ahal izateko, berari eragindako kalteak baloratu ahal izateko, eta, hala badagokio, dagokion kalte-ordaina kuantifikatu eta aipatutako kalte-ordainaren zenbatekoa ordaintzeko. Era berean, onartzen du datu pertsonal horiek soilik laga dakizkiela arestian aipatutako helburuak betetzeko esku hartu behar duten pertsonen edo erakundeen, bai eta aseguru-polizaren hartzaileari ere, eta ez dela beharrezkoa izango lagapen-hartzaileei egiten zaien lehen lagapen bakoitza jakinaraztea. BERKEY ESPAÑA Y CANAL SALUD 24 SLK, erakunde laguntzailea den aldetik, bere gain hartzen du informazioaren konfidentzialtasuna eta osotasuna babesteko izaera teknikoko eta antolamenduzko segurtasun-neurriak hartzea, Datu Pertsonalak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan eta aplikatu beharreko gainerako legerian ezarritakoaren arabera. Datuen titularak, beraz, datu pertsonalak eskuratzeko, zuzentzeko eta deuseztatzeko eskubideak baliatu ahal izango ditu, Canal Salud 24 SLRI zuzendutako idatzizko jakinarazpen baten bidez (helbidea: Las Rozas eraikina 23, 3. bulegoa, 1. solairua). Coruña errepidea, km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) Bezeroekiko Harremanetarako Sailarentzat edo, posta elektronikoz, protecciondedatos@canalsalud24.com. helbidera.

Firma y sello del Representante del Tomador:

Firma de la persona accidentada:

Hartzailearen ordezkariaren sinadura eta zigilua:
duen pertsonaren sinadura:

Istripua izan

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTEE ISTRIPUETAN JARDUTEKO ARAUAK

- ✓ El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del teléfono 91 737 63 42, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante FAX al número 917374568 o por correo electrónico a la dirección gestion@canalsalud24.com
Aseguru-hartzaileak inprimaki hori osorik beteko du, eta istripua ASEGURATZAILEARI jakinaraziko dio, 91 737 63 42 telefonoaren bidez. Bertan, espediente-zenbakia emango diote. Ondoren, inprimaki hori ASEGURATZAILEARI bidaliko diote FAX bidez 917374568 zenbakira edo posta elektronikoz gestion@canalsalud24.com helbidera.

SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana, 149 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46 - Fax +34 91 449 26 99

OFICINA: Gran Vía de les Corts Catalanes 632, 2-1ª esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29 - Fax +34 93

481 47 37

W.R. Berkley Europe AG, Sucursal en España.

Clave administrativa Núm. E-218 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid. Tomo 33.443, Folio 155, Sección 8, Hoja M-602001, Inscripción 1, NIF W0371455G.