

## SEGUROS PERSONALES - ACCIDENTES COLECTIVO

PÓLIZA NÚMERO: 021S00875ACO

### CONDICIONES PARTICULARES

El Tomador del Seguro / Asegurado declara que de conformidad con el cuestionario facilitado por el Asegurador, ha declarado todas las circunstancias que puedan ser de relevancia para la valoración del riesgo asegurado a la fecha de la Solicitud de Seguro.

Los términos y cláusulas de las presentes Condiciones Particulares prevalecerán en todo caso sobre las de las Condiciones Generales y Especiales, en caso de contradicción o incompatibilidad entre unas y otras.

CONDICIONES GENERALES APLICABLES: MODELO MARKEL AHPA 201903 (SE ANEXA)

#### I. TOMADOR DEL SEGURO / ASEGURADO/S.-

**TOMADOR DEL SEGURO: INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTES DE ALCÁZAR DE SAN JUAN**

Domicilio: SANTO DOMINGO, 1  
13600 ALCAZAR DE SAN JUAN

C.I.F. / N.I.F.: P6300504E

#### ASEGURADO/S:

**Grupo Asegurado:** Todas aquellas personas inscritas en actividades y eventos deportivos organizadas por el IMD.

Escuelas Deportivas, Cursos y Actividades con monitor.

Menores de 18 años que participen en competiciones organizadas por el IMD.

Mayores de 18 años que participen en competiciones organizadas por el IMD..

**Nº Asegurados:** 2600 personas

**Actividad:** Multideporte

#### II. CORREDOR DE SEGUROS.-

**RURAL BROKER S.L.U**

Domicilio: CALLE MÉJICO, 2  
45004

Teléfono: +34 925269666

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



### III. ÁMBITO DE COBERTURA.-

#### Accidentes Laboral

Accidentes deportivos que puedan sufrir los usuarios de cursos, actividades dirigidas y eventos, campeonatos, torneos, jornadas, campus y exhibiciones organizadas por el Instituto Municipal de Deportes de Alcázar de San Juan.

### IV. PERIODO DEL SEGURO.-

Desde (Fecha de Efecto): 01 de noviembre de 2021 a las 00.00 horas

Hasta (Fecha de Vencimiento): 31 de octubre de 2022 a las 24.00 horas

Queda expresamente acordado que, a su vencimiento, el seguro quedará sujeto al régimen de prórroga tácita establecido en el artículo 22 de la Ley del Contrato del Seguro.

### V. COBERTURAS Y CAPITALS POR PERSONA.-

COBERTURAS	CAPITALES
Fallecimiento por Accidente Laboral	12.000,00 €
Invalidez Permanente Parcial por Accidente Laboral (según baremo)	12.000,00 €
Invalidez Permanente Absoluta por Accidente Laboral	12.000,00 €
Asistencia Sanitaria en Centros concertados por Accidente Laboral	hasta 3.000,00 € (según Protocolo/Parte anexos)

Los capitales NO son acumulables

Cúmulo: 3.000.000,00 €

### VI. PRIMA.-

PRIMA NETA: 1,80 € por Asegurado

Prima Neta Periodo: 4.687,93 €

I.P.S. Pendiente de añadir por 375,03 €

R.C.C.S. 0,15% 7,03 €

C.C.S. 26,00 €

PRIMA TOTAL: 5.096,00 €

La prima total deberá estar abonada el día anterior a la fecha de inicio de la cobertura. En caso contrario, la Compañía se reserva el derecho a cancelar la póliza sin efecto.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



---

**VII. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES A LA PÓLIZA.-**

- Cláusula de Póliza Innominada (Según texto adjunto)

---

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



## **PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

**RESPONSABLE:** Markel Insurance SE, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, 28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W2764898I. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura solicitada, tramitar el desarrollo, cumplimiento y control del seguro contratado, tramitar los posibles siniestros e informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica y postal. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de seguro e interés legítimo en informar a nuestros clientes de nuestros productos y servicios. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos, durante la tramitación de los siniestros a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras y todas las entidades, organismos o personas legitimadas y necesarias para la resolución y tramitación de siniestros, así como a aquellas entidades que participen en la cobertura de su póliza (servicios jurídicos y sanitarios). **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la relación póliza y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

**NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES**

**El Tomador del Seguro/Asegurado declara haber recibido la oportuna información relativa a la Legislación aplicable al Contrato de Seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social y forma jurídica del Asegurador, reproducidas en estas mismas Condiciones Particulares.**

**Igualmente, y como acuerdo adicional a las presentes Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro/Asegurado, declara haber recibido las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, y que ha leído, estudiado y entendido el contenido y la extensión de todas aquellas, y, especialmente, de las que, debidamente resaltadas en negrita, pueden tener un alcance limitativo de sus derechos y que está conforme y acepta expresamente las mismas.**

**Para que quede constancia el Tomador del Seguro/Asegurado firma el documento. En el caso de Firma Electrónica, será precisa su validación en los términos legalmente establecidos.**

Madrid, a 26 de octubre de 2021

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO



### Cláusula de Póliza Innominada

Al emitirse la presente Póliza sin nominar, en caso de Siniestro indemnizable, deberá acreditarse fehacientemente la pertenencia al colectivo Asegurado de las personas afectadas por el mismo.

### **TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA SE MANTIENEN INALTERADOS.**

**El Tomador/Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del contrato de seguro y del presente Anexo y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en negrita, pudieran ser limitativas para sus derechos; Y para que conste su expresa conformidad con las mismas y en plena aceptación, el Tomador del Seguro/Asegurado estampa su firma a continuación.**

EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

