mutuacat
fem salut, fem país

REGLAMENTO DE ACCIDENTES

FEDERACIONES DEPORTIVAS

ÍNDICE

ÍNDICE 3
CAPÍTULO PRELIMINAR 4
Art. 1.- OBJETO Y REGULACIÓN LEGAL 4
Art. 2.- DEFINICIONES 4
Art. 3.- OBJETO DEL SEGURO 7
Art. 4.- ÁMBITO TERRITORIAL 7
Art. 5.- REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN Y DE LA RELACIÓN DE PROTECCIÓN 7
Art. 6.- RIESGOS Y GARANTÍAS NO CUBIERTOS 7
Art. 7.- GARANTÍAS DE COBERTURA 9
7.1. ASISTENCIA SANITARIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO 9
7.2. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO 10
7.3. INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO 11
Art. 8.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE 15
8.1.- NOTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE 15
8.2.- CENTROS ASISTENCIALES 16
8.3.- AUTORITZACIONES DE SERVICIOS 16
Art. 9.- OBLIGACIONES GENERALES EN TODAS LAS COBERTURAS 17
Art. 10.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO 17
10.1.- DOCUMENTACIÓ QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE NECESITAR ASISTENCIA SANITARIA 17
10.2.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE DEFUNCIÓN 18
10.3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE 18
10.4.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO 18
Art. 11.- PERITAJE 19
Art. 12.- CLÁUSULA DE INDEMNITZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS POR PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS 19

CAPÍTULO PRELIMINAR

La Junta Directiva de Mutua Manresana, Mutualidad de Previsión Social (*), en fecha 18 de diciembre de 2019, aprobó el siguiente Reglamento de accidentes, que será de aplicación en las relaciones entre la mutualidad y el tomador del seguro y/o los sujetos protegidos que estos inscriban, conjuntamente con los Estatutos, el Reglamento general de las personas, condiciones particulares y especiales, que forman parte del condicionado del presente reglamento en todo aquello que sea de aplicación.

(*) Mutuacat, también la mutua y/o mutualidad

Art. 1.- OBJETO Y REGULACIÓN LEGAL

Por medio de este reglamento, la mutualidad ofrece a los sujetos protegidos la cobertura de los riesgos que expresamente se especifican, previo cobro de la prima correspondiente.

Está regulado por lo que establecen las disposiciones de la Ley 28/91, de 13 de diciembre, de las mutualidades de previsión social, de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre la ordenación del seguro privado, de la Ley 50/80, de 8 de octubre, del contrato de seguros, del Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo y cualquier otra normativa complementaria de aplicación, sin que tengan validez las cláusulas que limitan los derechos de los sujetos protegidos, que no sean especialmente aceptadas por aquellos como pacto específico en el título.

Art. 2.- DEFINICIONES

A pesar de las definiciones estipuladas al Reglamento general de las personas, también, a efectos de este reglamento se entiende por:

Accidente: Suceso fortuito, sufrido durante la vigencia del documento de asociación, que produzca directamente y por causa repentina, externa y violenta, y totalmente ajena a la intencionalidad del mutualista, beneficiario o persona protegida, un daño corporal a la concreta persona protegida.
A todos los efectos, no se consideran como accidentes: las afectaciones cardiovasculares, el infarto de miocardio, los accidentes vasculares cerebrales, los efectos de la temperatura y presión atmosférica, como tampoco las patologías derivadas de procesos degenerativos que se vean o no agravados por situaciones de esfuerzo (lumbalgias, dorsalgias, pinzamientos, cervicalgias, dolores dorsales, lumbares, musculares, procesos mecánicos de repetición, rupturas musculares) y, en general, ningún trastorno derivado de esfuerzos excesivos o repetitivos.

Asistencia sanitaria: Toda prestación de servicios médicos realizados por un profesional sanitario legalmente habilitado, destinada a atender o velar por la salud del sujeto protegido.

Asociado: Persona física o jurídica que forma parte de la mutualidad. Le corresponden las obligaciones derivadas de este Reglamento, excepto las que por su naturaleza tengan que ser realizadas por los sujetos protegidos.

Beneficiario: Persona física o jurídica titular del derecho a la prestación del servicio o a la indemnización.

Condiciones particulares: Conjunto de los datos propios o individuales de cada relación de protección como la identificación de las partes, determinación y calificación de las garantías aseguradas, régimen de primas, etc.

Centros concertados: Relación vigente de proveedores sanitarios, profesionales y centros hospitalarios con la mutualidad para prestar los servicios de asistencia sanitaria y que esta ofrece al asegurado.

Centro hospitalario: Cualquier centro de asistencia, hospital, clínica o dispensario, público y/o privado, legalmente autorizado y previsto con los medios técnicos y humanos necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, donde se admitan solo personas enfermas o lisiadas, para ser atendidas las 24 horas en el día por personal cualificado. A efectos de este reglamento, no son considerados centros hospitalarios los balnearios, asilos, residencias geriátricas, casas de reposo, centros de estética, instalaciones dedicadas al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos o centros similares, y los centros dedicados al tratamiento de dolencias crónicas o terminales.

Gastos razonables: Gastos, también llamadas acostumbrados, que se utilizarán para reembolsar al sujeto protegido, siempre que la Mutua no las considere excesivas. A tal efecto, se considerarán gastos excesivos aquellas que superen en un 150% las tarifas concertadas por la mutualidad, por una misma especialidad, patología o intervención quirúrgica o de los honorarios que constan en el nomenclador vigente del Colegio de Médicos de Barcelona.

Duración del seguro: Período de vigencia de la cobertura. Se indicará en el título.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

Enfermedad congénita: Dolencia con la que se ha nacido, bien porque es hereditaria, bien porque se ha contraído en el útero de la madre, con independencia de la fecha en qué pueda ser diagnosticada.

Enfermedad, defecto o malformación preexistente: Aquella alteración de la salud que existe en el momento de la contratación de la póliza y que normalmente habría sido percibida por signos y síntomas, con independencia que haya o no un diagnóstico médico concreto.

Exclusiones: Estipulaciones del título y reglamento que suprimen alguna de las garantías de cobertura.

Lesión: Alteración patológica que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación de la integridad física o del equilibrio funcional y que se produzca durante la vigencia de la póliza.

Lesiones deportivas por sobreuso: Son aquellas lesiones no traumáticas causadas por un sobreuso, sobreesfuerzo o microtraumatismo repetitivo, tales como la osteopatía dinámica de pubis, fracturas de estrés, choque acetábulo femoral, tendinitis, periostitis y síndrome de estrés tibial, síndrome de la cinta isquiotibial…

Lesiones deportivas tipo LANT: Son aquellas lesiones agudas de aparición repentina, que tienen lugar durante la práctica deportiva en competición o entrenamiento, sin que exista traumatismo y que originen impotencia funcional por la aparición de dolor, inflamación, edema; tales como rotura fibrilar muscular, rotura tendinosa, rotura ligamentosa, etc.

No tendrán esta consideración las lesiones no traumáticas causadas por el sobreuso.

Material de osteosíntesis: Material que se utiliza para fijar un hueso fracturado.

Mutualista: la persona asociada

Ortesis y aparatos externos: Apoyos u otros dispositivos externos aplicados en el cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.
Prótesis: Cualquier elemento de cualquier naturaleza que reemplaza temporalmente o permanentemente la falta de un órgano, tejido, fluido orgánico o miembro. A título de ejemplo, tienen esta consideración elementos mecánicos o biológicos como recambios valvulares cardíacos; sustituciones articulares; polipiel; lentes intraoculares; materiales biológicos como la córnea, fluidos, hielos y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, etc.

Siniestro: Ocurrencia de cualquier acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías de cobertura.

Sujeto protegido: Persona física inscrita en el título, expuesta a un riesgo relacionado con su salud y que, una vez cumplidas las normas establecidas en los estatutos y reglamentos, recibirá las prestaciones médicas asistenciales y/o económicas contratadas con la Mutua.

Suma asegurada: Límite económico anual, por sujeto protegido, de los servicios, reembolsos o indemnizaciones cubiertas, fijado en el reglamento, en el título de socio o en las condiciones particulares.

Plazo de disputabilidad: Período de tiempo durante el que la entidad puede negar las prestaciones o impugnar el título alegando la existencia de dolencias anteriores del sujeto protegido no declaradas por él. Transcurrido este plazo, la mutualidad solo tendrá esta facultad en caso de que el sujeto protegido haya actuado con dolo.

Título de socio: Documento que contiene las condiciones reguladoras de la relación de protección. Forman parte integrando del título: las condiciones generales; las especiales, si hubiere; las particulares, que individualizan el riesgo, y los suplementos y apéndice que se emitan para completar o modificar el título.

Traslados en ambulancia: evacuación de la persona lesionada titular del derecho a la prestación, desde el lugar donde se ha producido el accidente hasta el centro sanitario concertado con Mutuacat más cercano, o bien hasta el centro no concertado más cercano en los casos de urgencia vital, mediante ambulancia, medicalizada o no, en función de la gravedad de las lesiones.

Urgencia: Situación que se caracteriza por la inesperada, repentina y crítica alteración del estado de salud, de forma que la vida o capacidad funcional del paciente estén amenazadas.

Urgencia extrema o vital: Situación de urgencia en que el riesgo es de muerte inminente, de grandes lesiones o incapacitados y que requiere un tratamiento inmediato e inaplazable.

Art. 3.- OBJETO DEL SEGURO

Con este reglamento, la mutualidad proporciona, dentro de los límites y condiciones establecidas en las condiciones generales, particulares, anejos y apéndices de la póliza, las prestaciones contratadas acordadas cuando el asegurado o beneficiario sufra un accidente durante la práctica del deporte por el cual esté federado, incluidos los entrenamientos. Constará en las condiciones particulares si se extiende a demostraciones, clases, campus y acontecimientos.

Art. 4.- ÁMBITO TERRITORIAL

El contrato dará cobertura a las lesiones a consecuencia de accidentes deportivos que tengan lugar en España, de acuerdo con las condiciones del título.
En el extranjero, a las lesiones a consecuencia de accidentes ocurridos durante las competiciones, hasta el límite establecido en el título

Art. 5.- REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN Y DE LA RELACIÓN DE PROTECCIÓN

Los que consten en las condiciones particulares del título.

Art. 6.- RIESGOS Y GARANTÍAS NO CUBIERTOS

Además de las exclusiones indicadas al Reglamento general de prestaciones a las personas, que son de aplicación a todos los reglamentos de la mutualidad, se excluyen de la cobertura de esta relación de protección las que constan en el apartado 7.1.1 de este reglamento y las siguientes:

1. **Cualquier daño o lesión a consecuencia de un riesgo que no se encuentre especificado en las coberturas enumeradas en las condiciones particulares, o que sean diferentes de las estrictamente definidas en este reglamento.**
2. **Los accidentes que no tengan la consideración de tales de acuerdo con la definición especificada en este reglamento.**
3. **Las cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, lumbociatalgias y procesos similares, aunque sean consecuencia de un sobreesfuerzo, a menos que sean resultado de traumatismo directo y documentado.**
4. **Las hernias de cualquier tipo o naturaleza, tanto abdominales como de los discos intervertebrales, aunque sean a consecuencia de un sobreesfuerzo.**
5. **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y el derrame o accidente vascular cerebral.**

6. Las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o actos terapéuticos, cuando no sean resultado de un accidente cubierto por la póliza.
7. Las lesiones a consecuencia de accidentes que hayan tenido lugar antes de la fecha de entrada en vigor de las coberturas del seguro, aunque las consecuencias se manifiesten o determinen durante la vigencia de esta, y las lesiones de carácter crónico y/o de carácter degenerativo.
8. Las lesiones producidas en accidentes a consecuencia de consumo del alcohol o sustancias tóxicas (estupefacientes, alucinógenos, psicofármacos...), así como las producidas en duelos, peleas y trifulcas aunque se produzcan durante la práctica deportiva.
9. Los accidentes que se produzcan en los desplazamientos de ida y vuelta a las actividades deportivas (*in itinere*).
10. Las dolencias y/o accidentes que se produzcan como consecuencia de conflictos bélicos, civiles o internacionales, con declaración de guerra o sin; actos de terrorismo, insurrecciones o disturbios populares, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas, inundaciones, así como las consecuencias directas e indirectas de reacciones nucleares, contaminación radiactiva y, en general, todos aquellos fenómenos catastróficos o extraordinarios y aquellos acontecimientos calificados como calamitosos o catastróficos por las autoridades competentes.
11. Las situaciones patológicas derivadas de tratamientos prescritos por facultativos ajenos al cuadro médico concertado, así como todos aquellos profesionales sin título acreditado.
12. Las lesiones provocadas intencionadamente por el asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
13. Las consecuencias psíquicas de cualquier tipo.
14. Las lesiones a consecuencia de actividades que se realicen en montañas con una altura superior a los 3.500 metros.
15. Las patologías degenerativas y las que, a pesar de estar latentes, se manifiesten de forma repentina.
16. Las lesiones producidas por sobrecarga a consecuencia de la misma práctica deportiva como la osteopatía dinámica de pubis, fracturas de estrés, síndrome del choque femoroacetabular tipo CAM…
17. La asistencia médica y/o prescripciones realizadas por profesionales y centros no concertados, a menos que la asistencia sea consecuencia de una urgencia vital.
18. La continuidad asistencial de siniestros que inicialmente hayan sido atendidos por facultativos ajenos al cuadro médico concertado.
19. Los tratamientos mediante plasma rico en plaquetas, factores de crecimiento.
20. Los tratamientos en clínica del dolor
21. Los tratamientos mediante ondas de choque, magnetoterapia y diatermia (INDIBA) En este último caso se exceptúan las lesiones en que se hayan producido fracturas óseas.
22. Las prótesis e injertos procedentes del Banco de Tejidos
23. La rehabilitación a domicilio y el transporte para realizarla en el centro de referencia.
24. Los gastos farmacéuticos derivados de la asistencia ambulatoria que pueda necesitar el lesionado.
25. La utilización de neuronavegador, monitorización neurofisiológica, nuevas tecnologías y nuevas técnicas quirúrgicas.

26. Lesiones deportivas por sobreuso, lesiones no traumáticas causadas por un sobreuso, sobreesfuerzo o microtraumatismo repetitivo, tales como la osteopatía dinámica de pubis, fracturas de estrés, choque acetábulo femoral, tendinitis, periostitis y síndrome de estrés tibial, síndrome la cinta isquiotibial…

27. Lesiones deportivas tipo LANT, lesiones agudas de aparición repentina, que ocurren durante la práctica deportiva en competición o entrenamiento, sin que exista traumatismo y que originen impotencia funcional por la aparición de dolor, inflamación, edema, como ruptura fibrilar muscular, rotura tendinosa, rotura ligamentosa, etc.
No tendrán esta consideración las lesiones no traumáticas causadas por el sobreuso.

Art. 7.- GARANTÍAS DE COBERTURA

Durante el periodo de vigencia de la relación de protección y dentro de los límites y términos establecidos en las condiciones generales y particulares del título, la mutualidad cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías acordadas e indicadas a las condiciones particulares. Las prestaciones son las que constan en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el cual se determinan las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo.

7.1. ASISTENCIA SANITARIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO

La mutualidad se hará cargo de los gastos derivados de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, los gastos farmacéuticos intrahospitalarios y los gastos de rehabilitación física que necesite el asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto en este reglamento, en la cantidad que se haya contratado en las condiciones particulares y durante el plazo máximo de dieciocho meses, que se cuenta desde la fecha del accidente.

Las prótesis, material de osteosíntesis, y material ortopédico, hasta el límite que establezcan.

Todo ello de acuerdo con lo que indica el Real Decreto 849/93, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo.

La asistencia será prestada exclusivamente por los facultativos, centros de diagnóstico, centros hospitalarios y centros asistenciales concertados por Mutuacat. La relación de profesionales y centros constarán en la guía médica de Mutuacat para accidentes.

Mutuacat no se hará cargo de la asistencia y/o prescripciones realizadas por profesionales y centros no concertados y que no consten en esta relación, a menos que la asistencia sea consecuencia de una urgencia vital y se produzca durante las 48 horas siguientes al accidente.

En el supuesto de que Mutuacat se viera en la obligación legal de atender facturas de proveedores sanitarios no concertados y no se tratara de una urgencia vital, el importe de estas facturas será repercutido a la federación, junto con la información necesaria por si le interesara resarcirse del coste mencionado.

COBERTURAS DE ASISTENCIA SANITARIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Asistencia médica y quirúrgica en accidentes que hayan tenido lugar en el territorio nacional, sin límite de gastos y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente, exclusivamente en centros concertados.	**Cubierto**
Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario sin límite de gastos y con un límite temporal de hasta 18 meses desde la fecha del accidente.	**Cubierto**
Gastos en régimen hospitalario de prótesis y material de osteosíntesis con un límite temporal de 18 meses desde la fecha del accidente.	**Cubierto**
Gastos originados por rehabilitación durante el período de 18 meses desde la fecha del accidente.	**Cubierto**
Gastos por asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en accidentes deportivos que hayan tenido lugar en el extranjero hasta un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente y por un importe máximo por todos los conceptos de	**6.015,00 €**
Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de las lesiones producidas por el accidente deportivo (no por prevención), 70% del precio de venta al público.	**Cubierto**
Gastos en odontoestomatología originados por lesiones en la boca motivadas por el accidente deportivo hasta	**245,00 €**
Gastos originados por traslado en ambulancia desde el lugar del accidente, según las condiciones expresadas en la definición correspondiente del artículo 2, y sólo cuando después del traslado existe ingreso definitivo en el centro hospitalario.	**Cubierto**

En caso de ser necesaria asistencia sanitaria fuera del territorio español, los gastos irán a cargo del lesionado, quien, una vez abonados, solicitará el reembolso a Mutuacat, aportando la documentación que consta en el artículo 9.4 b) de este reglamento. El límite del reembolso de los gastos, bajo la cobertura del título, será de 6.015,00 € tal como determina el Real Decreto y se limitará a las garantías y coberturas acordadas. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales de carácter permanente, motivadas por el accidente deportivo que se puedan conceder.

7.2. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Auxilio a la defunción, cuando se produzca como consecuencia del accidente en la práctica deportiva, por un importe de	6.015,00 €
Auxilio a la defunción, cuando se produzca como consecuencia del accidente en la práctica deportiva en menores de 14 años, por un importe de	**3.010,00 €**
Auxilio a la defunción, cuando se produzca en la práctica deportiva, pero sin que el accidente sea la causa directa, por un importe de	**1.805,00 €**

La mutualidad pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las condiciones particulares, si en el plazo máximo de 18 meses, contados desde la fecha del accidente, el lesionado causa defunción a consecuencia directa de este, siempre que se trate de uno de los supuestos cubiertos por el presente reglamento.

El lesionado tendrá que designar los beneficiarios mediante un escrito dirigido a la mutualidad; esta designación tendrá efecto desde el momento que llegue el escrito a su conocimiento. Si no hubiera designación expresa, la mutualidad reconocerá como beneficiario la persona o personas señaladas a continuación y siguiendo el orden excluyente indicado: el cónyuge que conviva con el causante; los hijos a partes iguales; sus padres, si conviven con él, a partes iguales; el pariente más próximo con el cual conviva; sus herederos legales.

Los pagos que podrían haberse efectuado en concepto de cualquier otra garantía del presente reglamento como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del asociado, se considerarán un anticipo sobre la prestación a satisfacer por defunción, y se deducirán de la misma, al efectuar la liquidación final.

La indemnización prevista será satisfecha tanto si la defunción acontece inmediatamente después del accidente, como si se produce a causa de este, dentro del plazo de 18 meses, contados desde la fecha del accidente.

7.3. INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Indemnización por pérdida anatómica o funcional a consecuencia del accidente deportivo de acuerdo con el baremo que consta en el reglamento, hasta	12.025,00 €
Indemnización para los grandes inválidos (tetraplejia) a consecuencia del accidente deportivo	**12.025,00 €**

7.3.1. Normas de indemnización por pérdida anatómica o funcional

a) Las indemnizaciones por pérdida anatómica o funcional a consecuencia de un accidente indemnizable se fijarán de acuerdo con el baremo que consta en este reglamento en el punto 7.3.2 y con independencia de la profesión y edad del lesionado.
b) La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable es clasificada según similitud dentro de la categoría correspondiente de entre las lesiones enumeradas.
c) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a su pérdida orgánica.
d) Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano se produzca solo de manera parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en la misma proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.

e) En caso de que varias lesiones afecten a un mismo miembro u órgano, el importe total no podrá superar en ningún caso el porcentaje previsto en el baremo por la pérdida total de este miembro u órgano.
f) Cuando el asociado resulte afectado, en un mismo accidente, con varias pérdidas o inutilizaciones en diferentes miembros u órganos, la indemnización total se calculará por acumulación de los porcentajes establecidos por cada una de aquellas, sin exceder, en ningún caso, el importe conjunto de la suma garantizada por la primera categoría.
g) Las lesiones no especificadas y no asimilables por analogía al baremo no tendrán derecho a recibir indemnización.
h) La mutua fijará el grado de pérdida anatómica o funcional una vez el estado del asociado sea reconocido como definitivo y una vez efectuado reconocimiento médico con su servicio de valoración del daño corporal, si se cree necesario.
i) El grado de incapacidad puede no guardar relación con las resoluciones de la Seguridad Social, puesto que se indemniza de acuerdo con el baremo contratado y que consta en el punto 7.3.2. Así pues, las resoluciones de la Seguridad Social u otros organismos oficiales, no son vinculantes.
j) La pérdida o lesión de miembros o órganos con lesiones preexistentes se valorará descontando la pérdida o lesión previa.
k) Si con posterioridad al pago de la indemnización por pérdida anatómica o funcional el lesionado muriera dentro del plazo de 18 meses, contados desde la fecha del accidente y como consecuencia del accidente, se abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para el caso de defunción, si esta es superior. En caso de ser inferior, la mutualidad no tendrá derecho a ningún reintegro.

7.3.2. Baremo de categoría y coeficientes determinantes del grado de la pérdida anatómica o funcional

DÉFICITS NEUROLÓGICOS DE ORIGEN CENTRAL	%
Tetraplejia	100
Estado vegetativo persistente	100
Afasia completa (alteración total de la formación y comprensión del lenguaje)	40
Amnesia completa de fijación	40
Epilepsia postraumática con necesidad de tratamiento continuo	20
SISTEMA OSEOCRANEAL	
Pérdida de sustancia ósea que requiere craneoplastia	15
Pérdida de sustancia ósea que no requiere craneoplastia	4
Pérdida de sustancia ósea de importancia en maxilar superior o inferior sin posibilidad de reparación y con repercusión funcional	20
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
Pérdida parcial de la nariz	10
Pérdida total de la nariz	25
Pérdida del olfato	5
Pérdida de una oreja	10

Pérdida de ambas orejas	25
Sordera total de un oído	15
Sordera total de ambos oídos	50
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	30
Traqueotomía definitiva con cánula	30
BOCA	
Pérdida de toda la dentadura superior e inferior	10
Amputación total de la lengua	30
Pérdida del gusto	5
Ablación maxilar inferior	25
OCULAR	
Ceguera de un ojo	30
Ceguera de ambos ojos	100
SISTEMA ÓSEO TRONCO	
Pérdida completa de movilidad total de la columna	60
Pérdida completa del movimiento de flexoextensión, rotación, flexión lateral de columna cervical	25
Pérdida completa del movimiento de flexoextensión, rotación, flexión lateral de columna dorsolumbar	25
Fractura de costillas con deformaciones torácicas persistentes y alteración funcional respiratoria	10
ÓRGANOS	
Pérdida parcial de un pulmón	10
Pérdida total de un pulmón	25
Pérdida de un riñón	25
Pérdida de dos riñones	70
Pérdida del bazo con repercusión hematológica	20
Pérdida del bazo sin repercusión hematológica	10
Pérdida de glándulas mamarias femeninas	25
Pérdida de ovarios	35
Pérdida de útero	35
Deformación órganos genitales femeninos	25
Desestructuración del pene con alteración funcional	40
Desestructuración del pene sin alteración funcional	25
EXTREMIDADES SUPERIORES	
En caso de extremidad NO dominante se reducirá el importe resultante en un 10 %	
Pérdida o inutilización de los dos brazos o manos	100

Pérdida de un brazo y una extremidad inferior	100
Amputación a nivel del húmero	60
Amputación a nivel del antebrazo o mano	50
Anquilosis o pérdida total del movimiento del hombro	30
Anquilosis o pérdida total del movimiento del codo	25
Anquilosis o pérdida total del movimiento de pronosupinación	8
Anquilosis o pérdida total del movimiento de la muñeca	12
Parálisis completa del nervio circunflejo, subescapular o musculo cutáneo	15
Parálisis completa del nervio mediano, cubital o radial a nivel del brazo	20
Parálisis completa del nervio mediano, cubital o radial a nivel del antebrazo - muñeca	10
Fractura no consolidada de húmero, cúbito o radio	25
Amputación del pulgar	22
Amputación del índice	15
Amputación de otro dedo o dedos	8
EXTREMIDADES INFERIORES	
Pérdida o inutilización de las dos piernas o pies	100
Pérdida de una pierna o pie y de una extremidad superior	100
Amputación a nivel de la cadera	70
Amputación por encima de la rodilla	60
Amputación por debajo de la rodilla	45
Amputación del primer dedo del pie	10
Amputación de otro u otros dedos del pie	3
Anquilosis total de la cadera	30
Anquilosis total de la rodilla	20
Anquilosis tibiotarsiana	10
Anquilosis subastragaliana	5
Fractura no consolidada de fémur o tibia y peroné	30
Patelectomía	10
Deformidad postraumática del pie	10
Dismetría de extremidades inferiores superior a 3 cm	10
Parálisis completa del nervio ciático	60
Parálisis completa de nervio ciático poplíteo externo	25
Parálisis completa de nervio ciático poplíteo interno	15

Art. 8.- NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

La asistencia médica garantizada en el título, la prestará el centro médico o facultativo concertado por Mutuacat.
Para acceder a ella hay que seguir los pasos siguientes:

8.1.- NOTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

8.1.1. Hay que llenar debidamente el documento de comunicación de accidentes, que tendrá que ser firmado y sellado por la federación, club o entidad deportiva correspondiente.

8.1.2. Se tiene que poner en conocimiento de la mutua el accidente, llamando al **Centro de Atención 24 horas de Mutuacat**

- **Lesionado en territorio español**

Teléfono 937 052 607

- **Lesionado en el extranjero**

Teléfono 932 533 893 o 902 934 623

El accidente tiene que ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia y hasta un máximo de 7 días.

En la comunicación telefónica debe facilitarse:
- Los datos personales del lesionado
- Los datos del club o entidad deportiva al que pertenece
- La fecha y forma de ocurrencia
- Los daños físicos

8.1.3. Una vez recogidos estos datos, se tendrá que **enviar el comunicado de accidente a Mutuacat**

- **Lesionado en Catalunya**

Telèfon 902 934 623 o 932 533 893

- **Lesionado en territorio español**

accidentsmutuacat@hna.es, en el teléfono 937 052 607

- **Lesionado en el extranjero**

federacions@mutuacat.cat, en los teléfonos 932 533 893 / 902 934 623; o bien, vía WhatsApp, al número 608 169 580

8.2.- CENTROS ASISTENCIALES

Cuando en el momento del accidente la persona lesionada, o el resto de personas federadas protegidas por este reglamento que la acompañen, no tengan acceso a la guía médica de Mutuacat o a su web, es necesario pedir información referente a los centros concertados más cercanos y en los servicios adecuados según las características de la lesión sufrida a consecuencia del accidente, en los teléfonos de contacto de Mutuacat.

El federado lesionado podrá acudir al **centro médico concertado** aportando el comunicado de accidente debidamente rellenado.

Solo en caso de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia vital en el centro sanitario más próximo. **Mutuacat se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada como máximo en las primeras 48 horas desde la ocurrencia del accidente**.
Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado tendrá que ser trasladado a un centro médico concertado para continuar su tratamiento.

La permanencia en un centro médico NO CONCERTADO más de 48 horas, conllevará que Mutuacat no asuma el pago de las facturas que se deriven de ello.

8.3.- AUTORITZACIONES DE SERVICIOS

Se necesitará la autorización previa de la mutua para todas las visitas, pruebas, rehabilitación, intervenciones, tratamientos y/o cualquier acto médico necesario por el seguimiento de la lesión**. Esta autorización se tendrá que solicitar en:**

- Lesionado en Catalunya
  federacions@mutuacat.cat, als telèfons **932 533 893 / 902 934 623;** o bé, via WhatsApp al número **608 169 580**

- Lesionado en territorio español
  accidentsmutuacat@hna.es o en el teléfono **937 052 607**

- Lesionado en el extranjero, a su vuelta a España
  federacions@mutuacat.cat, en los teléfonos **932 533 893 / 902 934 623;** o bien, vía WhatsApp, en el número **608 169 580**

Posteriormente se tendrá que enviar a Mutuacat (federacions@mutuacat.cat) el informe del resultado de las pruebas, así como los informes sucesivos de la evolución del paciente y la documentación que Mutuacat considere necesaria.

Cualquier prueba, tratamiento y/o intervención realizada sin la autorización previa de Mutuacat, correrá a cuenta del asegurado.

En caso de estar en proceso de recuperación de una lesión, el federado tendrá que seguir las pautas médicas recomendadas. En caso contrario Mutuacat no se hará cargo de la atención médica de un posible nuevo accidente deportivo o de su seguimiento**.**

Art. 9.- OBLIGACIONES GENERALES EN TODAS LAS COBERTURAS

En caso de siniestro, el tomador, el asegurado y/o el beneficiario tendrán que:

a) Utilizar todos los medios posibles para conservar la vida del asegurado y minorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a Mutuacat a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa e importancia de los daños.

b) Comunicarlo a Mutuacat, dentro del plazo máximo de siete días desde su conocimiento, indicando:

a. Número de título.
b. Tipo de siniestro acontecido.
c. Fecha y hora del siniestro
d. Documentación del accidente.
e. Licencia federativa en vigor

Art. 10.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

10.1.- DOCUMENTACIÓ QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE NECESITAR ASISTENCIA SANITARIA

Con independencia de los trámites que se especifican en el artículo 7 se tendrá que enviar a la entidad la documentación siguiente:

- Comunicación de accidente
- Informes médicos de urgencias o de visita
- Informes de seguimiento y pruebas diagnósticas realizadas

- Informes de alta quirúrgica, médica...

10.2.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE DEFUNCIÓN

Con independencia de los plazos de comunicación establecidos en el presente condicionado para la notificación del siniestro y, en función de la cobertura afectada, tendrá que presentarse en el plazo más breve posible la siguiente documentación, dependiendo de la cobertura contratada y de que se trate:

a) Informe/s del médico/s que haya asistido el asegurado indicando las causas y circunstancias de la defunción, o autopsia en su caso.
b) Certificado literal de la inscripción de defunción del asegurado en el Registro Civil.
c) Certificado de Registro de Últimas Voluntades y copia del testamento, si hay.
d) Documentación acreditativa de la condición de beneficiarios, NIF o NIE en su caso.
e) Acreditación del cumplimiento de las obligaciones fiscales del beneficiario.
f) Liquidación del impuesto de sucesiones, carta de pago o exención.

10.3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Certificado médico y certificado de la autoridad competente que especifique el motivo de la lesión, detallando el diagnóstico de las secuelas que tienen que ser objeto de valoración por parte de la mutualidad.

- En caso de existir, notificación del Instituto Nacional de la Seguridad Social (o del organismo análogo en aquellas comunidades autónomas que tengan competencia) en que figuren el dictamen médico emitido por la Unidad de Valoración de Incapacidades, la propuesta y la resolución de la Dirección Provincial concediendo la Incapacidad Permanente, esto se entiende sin perjuicio de aquello establecido en el artículo 7.3.1.y).

- Diligencias judiciales y documentos, en caso de haber, que acrediten la invalidez permanente por el accidente.

10.4.- DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR EN CASO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO

Los gastos irán a cargo del lesionado, quien, una vez abonados, solicitará el reembolso a la mutualidad aportando la documentación siguiente:

- Comunicación de accidente deportivo
- Informe médico donde se indique el diagnóstico completo del proceso, la fecha y el tipo de accidente, así como sus secuelas definitivas, si hay.
- Factura en la que se detallen los gastos ocasionados indicando el NIF o CIF, según si es emitida por un profesional o una sociedad médica respectivamente, la especialidad y el número de colegiado.
- Resguardo del abono efectuado por el lesionado
- Traducción de la documentación aportada al catalán o castellano, si la entidad lo requiere

El importe máximo que Mutuacat reembolsará por los servicios concertados será de 6.015,00 euros

La Mutualidad se reserva el derecho de pedir otra documentación que considere oportuna a efectos de la correcta tramitación del siniestro.

Art. 11.- PERITAJE

Ante la resolución de la mutualidad, el asociado o sus beneficiarios, podrán presentar un recurso de acuerdo con los trámites establecidos en los Estatutos. Si la discrepancia obedeciera a razones tecnicomédicas se denominará, de mutuo acuerdo, un tercer facultativo para que, conjuntamente con los médicos de ambas partes, firmen el correspondiente diagnóstico, que será inapelable. Los honorarios de este tercer facultativo serán satisfechos por ambas partes a partes iguales.

Art. 12.- CLÁUSULA DE INDEMNITZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS POR PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

En conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real decreto legislativo 7/20014, de 29 de octubre, el mutualista, de los que tienen que incorporar obligatoriamente recargo a favor de la mencionada 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 acontecidos en España o en el extranjero, cuando el asociado tenga su residencia habitual en España, las pagará el Consorcio de Compensación de Seguros, cuando aquel haya satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por el título.
b) Que, aunque estuviera amparado por el mencionado título, las obligaciones de Mutuacat no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o para estar sujeto a un procedimiento de liquidación, intervenida o bien asumida por Autoridad competente.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación al que se dispone en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato del 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

- Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas, tormentas ciclónicas atípicas (incluye 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 la Seguridad en tiempo de paz.

d) 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 otros 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 pedir de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acontecidos.

- Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley del contrato de seguro.

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

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

d) Los derivados de la energía nuclear, sin prejuicio del que se establece en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

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

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme el que dispone la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, excepto que las mencionadas

actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados al apartado 1.b anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, en conformidad con el establecido a la Ley del contrato de seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros, esté suspendida o el seguro quede extinguida por falta de pago de las primas.

y) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".

- Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios llegará a las mismas personas y a las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en los títulos a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños la cobertura de la cual corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación del mismo mutualista, el asegurado o un beneficiario de la póliza o de quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o de la Mutua o del mediador de seguros por la intervención de los cuales se hubiera gestionado la relación de protección.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y en el estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada en el Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 o 902 222 665).

-Mediante 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 de acuerdo con la legislación de seguros y con el contenido del título será realizada por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que este quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiera realizado la mutua, la cual habrá cubierto los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario de la relación de protección mediante transferencia bancaria.

1. .

Oficines Centrals
Mossèn Serapi Farré, 39-41
tel. 938 773 333
fax. 938 773 557
08242 MANRESA

Delegació de Vic
Dr. Junyent, 12
tel. 938 895 388
fax. 938 773 557
08500 VIC

Delegació de Barcelona
Consell de Cent, 224-228 entl. 1a
tel. 934 548 903
fax. 934 515 128
08011 BARCELONA

Delegació de Girona
Ciutadans, 11
tel. 972 227 775
fax. 972 218 387
17004 GIRONA