

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ACCIDENTE COLECTIVO

Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras por R.O. de 11 de Abril de 1930. Constituidos los depósitos que marca la Ley.

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros CIF. G08171407
Reg. Mercantil de Barcelona, Tomo 45.481. Hoja B-4052. Folio 96

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO.- PRELIMINAR.

MARCO JURÍDICO REGULADOR

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes convenidas en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales todas de esta Póliza, así como de sus Anexos adjuntos.

El Estado miembro y autoridad quienes corresponde el control de la actividad de la Entidad son España y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

FIATC tiene señalada su sede social en Avenida Diagonal 648 -08017- Barcelona, España, Estado al que corresponde el control de su actividad, a través de la autoridad Dirección General de Seguros Y Fondos de Pensiones.

Los Estatutos de nuestra Mutua se encuentran a su disposición en cualquiera de nuestras oficinas, así como en la página web www.fiatc.es. Igualmente, la Entidad facilitará al tomador del seguro que lo solicite los mecanismos pertinentes de acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia de FIATC.

ACEPTACIÓN ESPECÍFICA DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS

EL TOMADOR DEL SEGURO reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Generales y Particulares que integran esta Póliza de seguro, manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas. Asimismo, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el TOMADOR DEL SEGURO manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita pudieran ser limitativas para sus derechos.

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES GENERALES

A efectos de esta Póliza se entenderá como por:

ACCIDENTE: Se entiende por accidente la lesión corporal, sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive

de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

En ningún caso se considerará accidente:

a) **El infarto de miocardio**, entendiéndose como tal la muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco (miocardio), consecuencia de la obstrucción de una o varias arterias coronarias, confirmada por un historial de dolor precordial de pecho, alteraciones en los electrocardiogramas y enzimas cardíacas (fracción MB de la creatinina) superiores a los niveles normales de laboratorio.

b) **La apoplejía o accidente cerebrovascular**, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades diarias.

c) **Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social**, lumbago, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbooso (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

d) **La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica**, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

ASEGURADOS: Las personas físicas sobre cuyo estado de salud se establece el seguro, que deben tener residencia española.

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA: FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros (en adelante FIATC), que como Aseguradora asume los riesgos que se pactan en este contrato, dentro de los límites pactados.

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

CONSULTA: Acción de atender y examinar al médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales para, con o sin el apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

DOMICILIO DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADO: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ENFERMEDAD O LESIÓN: Toda alteración del estado de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es aquella enfermedad con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el útero de la madre.

ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN PREEXISTENTE: Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

ESPECIALISTA: Médico con titulación legal específica de la especialidad médica o quirúrgica que se trate.

EXCLUSIONES: Las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías asegurables.

EXPLORACIONES ESPECIALES: Las que son propias de una determinada especialidad médica y requieren técnicas o aparatos especiales.

CENTROS CONCERTADOS: Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales y centros hospitalarios concertados por FIATC, y que ésta ofrece al Asegurado.

HOSPITAL O CENTRO HOSPITALARIO: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas e internamiento de hasta 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN: Se considera como tal el que una persona figure registrada como paciente en un hospital y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES ESPECIALES: Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están

fundamentalmente destinadas a: la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquímedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radiactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de aislamiento en enfermos trasplantados).

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: Supone la ocupación de una cama de hospitalización de un centro médico o de un hospital por un período inferior a 24 horas y habitualmente pernoctando el enfermo en su domicilio.

HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO: Consiste en la atención médica y de enfermería, al paciente encamado en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas o la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuado por un cirujano y que requiera normalmente la utilización de una sala de operaciones.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Se entiende como tal el material utilizado para la fijación de los extremos de un mismo hueso fracturado.

MÉDICO: Doctor o licenciado en Medicina, legalmente autorizado para realizar todo tipo de Asistencia Médica a personas.

PÓLIZA: Conjunto de documentos que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan a los mismos para complementarlos o modificarlos, así como la relación de CENTROS CONCERTADOS de la Entidad.

PRIMA: El precio del seguro. En la Póliza o en el recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente.

PROCESO: Es el conjunto de actos médicos que conforman el diagnóstico y tratamiento de una misma enfermedad, consulta, analítica, radiología y otros medios de diagnóstico, así como los tratamientos de cirugía, hospitalización y rehabilitación en cada caso.

PRÓTESIS: Todo elemento que reemplaza a una parte corporal ausente o efectúa la función total o parcial del órgano.

SINIESTRO: Se entiende por siniestro la ocurrencia de cualquier acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas en la Póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que, conjuntamente con FIATC, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA: Situación caracterizada por la inesperada, repentina y crítica alteración del estado de salud de forma que la vida o capacidad funcional del paciente están amenazadas.

URGENCIA EXTREMA O VITAL: Cuando en la situación de urgencia el riesgo es de muerte inminente, de grandes lesiones o incapacidades y que requiriere un tratamiento lo más inmediato posible.

ARTÍCULO 2º. SUJETOS DEL SEGURO

El presente contrato de aseguramiento se realiza entre FIATC Mutua de seguros y Reaseguros, como Asegurador y el Tomador citado en la Condiciones Particulares de la presente Póliza.

ARTÍCULO 3º. OBJETO DEL SEGURO

Tiene por objeto la presente póliza de seguro, cubrir los riesgos de accidente y asistencia sanitaria por los asegurados indicados en Condiciones Generales, artículo 7.1 y 7.2, y Particulares, artículo 9, ambas de esta Póliza.

ARTÍCULO 4º.- DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, se prorrogará por períodos no superiores a un año, por acuerdo mutuo de las partes. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

ARTÍCULO 5º. PAGO DE PRIMAS

5.1.- El Tomador del seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en condición particular se acuerde otra cosa. El pago de los recibos de prima por el Tomador del seguro a un Agente Afecto Representante del Asegurador se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido

expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de la prima de la Entidad Aseguradora.

5.2.- Salvo que en las condiciones particulares se acuerde otra cosa, la prima total será exigible, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su aplicación salvo pacto en contrario.

5.3.- Si en las condiciones particulares se hubiera acordado el fraccionamiento de la prima, en el caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de la fecha de efecto del recibo correspondiente. Si no se reclama el pago dentro de los dos meses siguientes a dicha fecha de efecto, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener el efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

ARTÍCULO 6º. INFORMACIÓN SOBRE EL RIESGO. DECLARACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS.

Es condición básica de este contrato de Seguro que nos comunique usted cualquier circunstancia conocida. El incumplimiento de esta condición puede invalidar esta Póliza de Seguros.

Por circunstancia conocida se entiende cualquier hecho, médico o de otro tipo, que puede suponer un riesgo añadido para Nuestra Aseguradora e influir en la valoración de riesgo, la aceptación o la continuación de su Póliza de Seguros.

El Asegurador puede rescindir el contrato en el plazo de un mes, a contar desde el momento en que llegue a su conocimiento la reserva o inexactitud de la declaración del Tomador del Seguro. Durante la vigencia del contrato, el Asegurado debe comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que modifiquen el riesgo.

Conocida una agravación del riesgo, el Asegurador puede, en un plazo de un mes, proponer la modificación del contrato con el cobro de la sobreprima correspondiente o proceder a su rescisión.

ARTÍCULO 7º. COBERTURAS

El presente contrato de Seguro abarca un conjunto de coberturas y sumas aseguradas contenidas en las dos secciones que a continuación se especifican:

7.1.- Sección A. ASISTENCIA SANITARIA

I. Riesgos cubiertos:

El presente seguro garantiza las coberturas de los gastos de la asistencia sanitaria en las condiciones que se detallan en esta misma sección, derivadas de los accidentes que puedan sufrir los asegurados referidos en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el transcurso de la actividad deportiva asegurada durante los entrenamientos y competiciones oficiales y/o amistosas organizados por la Federación, siempre que la prestación de asistencia sanitaria sea realizada en los centros médicos concertados por FIATC, que se detallarán en el ANEXO I -Guía Médica-, epígrafe de "Centros Concertados", de esta póliza. Las prestaciones mínimas son las que se determinan en el Real Decreto 849/93 de 4 de junio del Seguro Obligatorio Deportivo, fijando de forma explícita los siguientes límites:

a) En el territorio nacional por cuantía ilimitada y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión, excepto en el caso de gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentaria originados por los daños que pudiese sufrir el Asegurado en su dentadura natural o en las prótesis inamovibles preexistentes, a causa de una lesión garantizada, en cuyo caso la cantidad máxima a reembolsar por el conjunto de este concepto será como máximo de 241,00 euros.

b) En el extranjero hasta 6.010,12 euros, con un límite temporal de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión.

c) No quedan garantizados en el extranjero los gastos de traslado o evacuación desde el lugar del accidente hasta el ingreso definitivo en un hospital.

No quedan garantizadas en la presente póliza, las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina. En cualquier caso, FIATC, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

No tendrán la consideración de asegurados y por tanto quedan excluidos los deportistas profesionales, aun cuando estén inscritos en la Federación indicada y haya sido comunicados por el Tomador. Se entiende por deportista profesional aquel que viva única y exclusivamente de la práctica del deporte contratado o por los ingresos derivados de los

programas de patrocinio, esponsorización, marketing o cualquier tipo publicidad, con motivo de la práctica de dicho deporte.

II. Riesgos excluidos:

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro los siguientes riesgos:

a) **Los accidentes que se produzcan en los desplazamientos de ida y vuelta a las actividades cuyos riesgos se cubren en el presente contrato.**

b) **No serán a cargo de la Aseguradora los costes asistenciales (intervenciones quirúrgicas pendientes, rehabilitaciones, etc.) derivados de lesiones preexistentes a la firma de la póliza.**

c) **Quedan excluidas aquellas asistencias médico – sanitarias de especialidades que no guarden relación con el objeto del seguro descrito en los anteriores artículos 3º y 7º.1º de la esta Póliza.**

d) **Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa del mismo y las mutilaciones voluntarias.**

e) **Las lesiones y consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de ello por parte del Asegurado de actos delictivos.**

f) **Queda excluida la responsabilidad asistencial por parte de la compañía, de las lesiones sufridas en Accidente de Tráfico, salvo las derivadas de los transportes sanitarios incluidos en las coberturas de esta póliza, así como las lesiones ocasionadas por agresiones personales que pudieran sufrir los deportistas (Cláusula de Subrogación), aunque sean con ocasión de participación en la actividad objeto de cobertura.**

g) **Las lesiones sobrevenidas en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajo efecto de estupefacientes.**

h) **Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, desgarros musculares, distensiones musculares y tirones que no sean consecuencia de lo descrito como definición del objeto del seguro, anteriores artículos 3º y 7º.1º de la esta Póliza.**

i) **Los procesos patológicos derivados de la ingestión de alimentos en mal estado.**

j) **Las consecuencias psíquicas de cualquier tipo.**

k) En ningún caso quedarán garantizados los gastos de traslado y estancia extrahospitalaria.

l) No estarán garantizados dentro de la cobertura de la Póliza, las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina.

m) Los accidentes acaecidos al asegurado que, antes del total restablecimiento de una lesión en curso, acaezcan al mismo realizando una práctica deportiva. Y en caso de que la primera lesión estuviera amparada por la cobertura de la presente póliza y la segunda lesión recaiga sobre la misma zona el cuerpo que la primera, la cobertura sólo se prolongará hasta el momento en que cabría estimar, a juicio de la dirección médica del Asegurador, el total restablecimiento de la lesión inicial o estabilización de secuelas de la misma, de no haberse producido la segunda.

n) No se proporcionará asistencia sanitaria por lesiones ocurridas en países con conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

ñ) Los accidentes que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado y los accidentes acaecidos en situaciones de riesgo no habituales o que desaconsejan la práctica del deporte en dichas circunstancias.

III. Forma de Prestar los Servicios:

La prestación de la Asistencia Sanitaria vendrá definida por las condiciones siguientes:

1.- La asistencia será facilitada por los facultativos, centros hospitalarios, centros de diagnóstico y asistenciales concertados por FIATC, que se detallarán en el ANEXO I- Guía Médica de esta póliza, bajo el epígrafe de "CENTROS CONCERTADOS". Sólo se cubrirán las atenciones en el Sistema Nacional de Salud siempre y cuando se trate de una urgencia vital y durante las primeras 24 horas del siniestro, después de este periodo FIATC no se hará cargo de ninguna asistencia a no ser que sea en centros concertado.

2.- Se incluye como prestación indemnizable los costes por transporte sanitario adecuado del lesionado, desde el lugar de la lesión al centro asistencial concertado más próximo, que haya sido realizado inmediatamente después del accidente y cuando tal servicio resulte necesario para la salud del Asegurado.

3.- También quedan cubiertos los gastos de locomoción derivados del proceso de curación garantizado cuando, a criterio del Asegurador y en función de la gravedad de la lesión, sea necesario el traslado por medios especiales. En cualquier caso, requerirá la autorización del Asegurador.

4.- Los gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentaria originados por los daños que pudiese sufrir el Asegurado en su dentadura natural o en las prótesis inamovibles preexistentes, a causa de una lesión garantizada, con los límites indicados en el Art. 7º.1º a realizar en cualquier centro, a elección del asegurado, debiendo presentarse al Asegurador el original de la factura y del recibo emitidos por el centro asistencial.

5.- Cada vez que se precise cualquier tipo de asistencia, el asegurado deberá seguir el protocolo de actuación en caso de accidente detallado en el presente contrato, que se detallará en el ANEXO II - Parte de Lesiones de esta póliza, y presentar en el centro asistencial concertado o facultativo al que acuda, el DNI y el parte de lesiones en su caso, cumplimentado por el Club o la Federación.

6.- Para toda asistencia no de urgencia, el asegurado deberá de solicitar autorización a la Aseguradora, en el lugar y forma que le comunique el Tomador, por medio del Club al que pertenezca el Asegurado.

7.- Las exploraciones, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos de rehabilitación, solo podrán ser prescritos por los facultativos del cuadro de la compañía.

8.- El asegurado no deberá abonar cantidad alguna al ser atendido por los facultativos o servicios concertados por el Asegurador y pondrá en comunicación de la Entidad cualquier irregularidad que se produzca en este sentido.

9.- El asegurado en ningún caso deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos de la misma especialidad, por un mismo motivo o dolencia, sin la autorización previa del Asegurador.

10.- La prestación de la asistencia sanitaria, salvo pacto en contra especificado en las condiciones particulares, autorización expresa de FIATC o casos de urgencia vital, entendida esta tal y como se describe en el artículo I, se prestará de forma exclusiva, en los centros concertados que figuran como ANEXO I - Guía Médica a estas condiciones generales.

FIATC no se hará cargo de ningún coste de

asistencia sanitaria generado por el incumplimiento de esta condición. En el caso de que, por obligación legal, FIATC se viera en la necesidad de atender facturas de proveedores sanitarios ajenos a la lista de centros concertados, el importe de dicha asistencia será repercutido a la Federación, junto con la información necesaria para que esta pueda, a su vez, resarcirse de dicho coste, si lo considera oportuno.

7.2.- Sección B. INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES

I. CORPORALES. Riesgos Cubiertos.

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican.

a) **Muerte** ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capitales garantizados 6.010,12 € por persona mayor de 14 años.

b) **Muerte** ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.803 € por persona mayor de 14 años.

c) **Gastos de sepelio** derivados por accidente cubierto en póliza. Capital garantizado 3.005,06 € por persona menor de 14 años, pero cuando el fallecimiento se produzca en la práctica deportiva, sin directa con la misma, el capital garantizado es 1.803 €.

d) **Invalidez permanente** comprobada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capital garantizado hasta un máximo de 12.020,24 € por persona.

Según sea la pérdida orgánica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado, la invalidez permanente puede tener distintos grados de intensidad.

Dichos grados, expresados porcentualmente, indican a la vez la proporción de la suma asegurada que procede indemnizar en cada caso, según lo dispuesto en el Baremo de Lesiones incorporado en la Condiciones Particulares de la presente póliza de seguro y sus porcentajes citados.

II. Riesgos Excluidos.

Quedan excluidos de las garantías de la presente póliza:

a) Los accidentes y/o consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.

b) Los hechos que no tengan consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el Artículo

2º de esta póliza.

c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.

d) Los accidentes a causa de guerras, motines, revoluciones, terremotos, maremotos y movimientos sísmicos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarían amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios.

e) Las lesiones provocadas por sustancias radioactivas o nucleares.

f) Las consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de comisión por parte del Asegurado de actos delictivos.

g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajos los efectos de estupefacientes.

h) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, incluidas las profesionales, siempre y cuando no hayan sido provocadas directamente por traumatismo accidental. Se entenderá expresamente excluido el infarto de miocardio, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

i) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, desgarros musculares, distensiones musculares y tirones que no sean consecuencia de un accidente.

j) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente.

k) Los envenenamientos ocurridos por ingestión de alimentos en mal estado.

l) Las consecuencias puramente psíquicas de un accidente.

m) Las operaciones o intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.

n) Las agravaciones que sobre las consecuencias directas del accidente puedan provocar en la salud del Asegurado cualquier enfermedad, estado morboso o invalidez, preexistentes o sobrevenidos al accidente por causa independiente del mismo. En tales supuestos, el Asegurador responderá solamente de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias ajenas.

ñ) La práctica como profesional de cualquier deporte; la práctica como aficionado de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores, etc.) y la participación en competiciones de vehículos a motor, incluidos entrenamientos.

o) Los accidentes que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado y los accidentes acaecidos en situaciones

de riesgo no habituales o que desaconsejan la práctica del deporte en dichas circunstancias.

Quedará igualmente excluida la práctica de aquellos deportes que por sus características y peligrosidad sean asimilables a los anteriores, como puéting, barranquismo, rafting, etc.

7.3.- Sección C. LIMITACIÓN DE COBERTURA

La presente póliza cubre exclusivamente las prestaciones mínimas obligatorias establecidas en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, así como las previstas en la normativa vigente en el momento de la contratación. No queda amparada ninguna cobertura derivada de futuras disposiciones legales o reglamentarias -incluidas la Ley 39/2022, del Deporte, y su desarrollo reglamentario- que pudieran ampliar las garantías o indemnizaciones actualmente exigibles. En tal caso, el tomador reconoce que deberá suscribir una póliza adicional para cubrir dichas ampliaciones o asumir directamente su coste.

ARTÍCULO 8º. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

8.1.- Además de prestar la asistencia garantizada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como el resto de los documentos que haya suscrito el Tomador.

8.2.- El Asegurador entregará al Tomador del seguro la relación de Centros Concertados de la Entidad, con especificación del Centro Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas concertadas y de las direcciones y de consulta de sus facultativos y centros asistenciales.

8.3.- El Asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización con las siguientes condiciones:

- a) El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
- b) El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, cónyuge, pariente en línea

directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta forma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

c) En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 9º. CLÁUSULA DE CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (RIESGOS EXTRAORDINARIOS).

Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de persona.

Daños en las 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:

- a) 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.
- b) 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.

A. Resumen de las normas legales

I. 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 tiempo 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 radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado I.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 de los señalados en el apartado I.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 las 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 las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura 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.

B. 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 la 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.conorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al 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 la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ARTÍCULO 10º. DECLARACIÓN DE UN SINIESTRO

Para una correcta prestación de los servicios asegurados en esta póliza el Tomador deberá proceder en caso de siniestro conforme al cumplimiento del Protocolo de Actuación en caso de Siniestro, que figura como ANEXO II PARTE LESIONES a la presente Póliza.

ARTÍCULO 11º. COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

10.1.- Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro o del Asegurado se realizarán en cualquiera de las oficinas del Asegurador que puede consultar en www.fiatc.es o mediante escrito dirigido al email fiatc@fiatc.es. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de su domicilio, además de por cualquier otro medio escrito, incluido el correo electrónico que estos hubieran facilitado.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de Seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Corredor de Seguro que medie o haya mediado en el contrato, no se entenderán realizadas al Asegurador.

El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado al

asegurador, salvo que, a cambio, el corredor entregue al tomador del seguro el recibo de la prima del asegurador.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un agente libre o un corredor al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este.

10.2.- El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Tres. Al objeto de solventar aquellos casos susceptibles de interpretación en el desarrollo del proceso administrativo -asistencial, se creará una comisión paritaria formada por dos personas por cada una de las partes (Tomador y Asegurador), teniendo una de ellas criterios médicos y otros administrativos.

ARTÍCULO 12º. LIBRO DE RECLAMACIONES

En todas las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

ARTÍCULO 13º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN EN CASO DE LITIGIO

13.1.- SERVICIO DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC):

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato del seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm.648, -08017- de Barcelona, Teléfono Atención de Incidencias y Reclamaciones 900 567 567, Fax 936 027 374 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es. El SCAC dispondrá de UN MES a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

13.2.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de un mes por parte del SCAC puede presentar su

reclamación ante el SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS FONDOS DE PENSIONES, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, -28046- de Madrid.

13.3.- JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación previa de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

ARTÍCULO 14º. CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa de protección de datos, a continuación, le informamos de los términos y condiciones del tratamiento de datos personales efectuados por FIATC.

¿Quién va a responsabilizarse de los datos personales facilitados?

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS (FIATC)

¿Por qué recogemos datos personales?

Para formalizar el contrato de seguro, así como gestionar las coberturas contratadas y valorar el riesgo que asumimos y poder calcular el precio para cada cliente.

¿Podemos tratar los datos personales que nos proporciona?

Si, en cumplimiento de las obligaciones legales establecidas en la normativa del sector seguros.

¿A quién vamos a comunicar los datos personales que tratamos?

Los datos personales no se cederán a terceros, salvo obligación legal.

Para la contratación de la póliza y para prestar las coberturas contratadas, contamos con diferentes encargados del tratamiento, todos ellos en la Unión Europea.

¿Qué derechos tiene?

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos facilitados, así como al ejercicio de otros derechos detallados en la información adicional.

Información adicional Puedes consultar información detallada sobre la protección de datos por parte de FIATC en: <https://www.fiatc.es/proteccion-de-datos>.

ARTÍCULO 15º. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, FIATC en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.