



Diagonal, 648 - 08017 Barcelona
Tel. 932 052 213 - Fax 932 052 767

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

Seguro Individual de Accidentes Corporales

CONDICIONES GENERALES

MARCO JURÍDICO REGULADOR

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA 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 en este contrato.

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.

ARTÍCULO PRELIMINAR. DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

ASEGURADOR.— FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, que asume la cobertura de los riesgos contractualmente pactados..

TOMADOR DEL SEGURO.— La persona física o jurídica que asume las obligaciones del contrato, salvo aquéllas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado, y que juntamente con el Asegurador suscribe el contrato..

ASEGURADO.— La persona física sobre la cual se establece el seguro.

BENEFICIARIO.— La persona física o jurídica, titular del derecho a la indemnización, coincidiendo en la cobertura de invalidez con el Asegurado.

PÓLIZA.— El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA.— El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

SUMA ASEGURADA.— El límite máximo de indemnización del Asegurador.

FRANQUICIA.— El período de tiempo que ha de transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el día de inicio del derecho al cobro de la indemnización pactada. Si la póliza se contrata con franquicia, el número de días no indemnizables constará en las Condiciones Particulares.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.— La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Se entiende por invalidez permanente la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente

o irreversible sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente.

Asimismo se entenderá por invalidez temporal la lesión corporal que imposibilite transitoriamente al Asegurado de forma total o parcial para el desempeño de sus ocupaciones habituales.

ARTÍCULO 1. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones previstas en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado, con posterioridad a la fecha de efecto de la póliza, sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada de acuerdo con la definición del Artículo Preliminar.

ARTÍCULO 2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las garantías de la presente póliza:

a) Los accidentes y/o sus 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 Preliminar.

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 catástrofes, en cuyo caso quedarán 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 bajo 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 y desgarros musculares 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 la 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 morbooso 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.

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

o) Tampoco quedarán amparados, salvo pacto en contrario estipulado en las Condiciones Particulares y el abono de la sobreprima correspondiente, los accidentes ocurridos con ocasión de utilizar ciclomotores o motocicletas y practicar artes marciales, lucha libre, boxeo, rugby, alpinismo, escalada, espeleología, esquí, ciclismo en competición, equitación en carreras o concursos y entrenamientos previos, inmersión con empleo de aparatos de respiración y pesca submarina.

ARTÍCULO 3. PERSONAS NO ASEGURABLES

a) En todos los casos:

- Las personas mayores de 65 años.
- Las personas afectas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo, toxicomanía.

b) Para la garantía en caso de muerte:

- Para los Asegurados menores de 14 años, la prestación para el caso de muerte se entiende exclusivamente limitada a los gastos de sepelio.

En cualquier caso, el contrato quedará rescindido al término de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 75 años, salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 4. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato, siempre que la duración del mismo sea superior a seis meses, dentro del plazo de los quince días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

Esta facultad deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del Seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

ARTÍCULO 5. LÍMITES GEOGRÁFICOS

En lo referente a las garantías para los casos de muerte o invalidez permanente del Asegurado, la presente póliza ampara los accidentes que ocurran en cualquier parte del mundo.

Para las garantías de invalidez temporal y asistencia médico-farmacéutica, la presente póliza ampara los accidentes que ocurran en territorio nacional español. Sin embargo, la asistencia de urgencia en el extranjero se prestará a través de los servicios indicados por el Asegurador. Los límites y condiciones de la misma se indican en la hoja que se entrega junto con estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 6. GARANTÍAS DEL SEGURO

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican, salvo pacto de exclusión de alguna o algunas de ellas en Condiciones Particulares.

a) Muerte ocurrida inmediatamente **o dentro del plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.**

Si a consecuencia de un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge, se incrementarán en un 100% las indemnizaciones debidas a aquellos beneficiarios que sean hijos de ambos cónyuges y que además sean menores de 18 años o mayores que estén afectados por una incapacidad permanente y absoluta para cualquier trabajo. No sufre variación la indemnización de los restantes hijos o beneficiarios.

Si se produce el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de atraco, secuestro y, en general, actos criminales de terceros la indemnización correspondiente se incrementará en un 20 por ciento. En ningún caso dicho complemento indemnizatorio podrá ser superior a 18.000 Euros.

Se excluyen de esta Garantía las agresiones que tengan la consideración de riesgo extraordinario según la normativa del Consorcio de Compensación de Seguros.

Los beneficiarios, siempre que el capital asegurado sea como mínimo de 6.000 Euros, podrán disponer de inmediato de un anticipo de hasta 1.500 Euros, a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos derivados del fallecimiento.

b) Invalidez permanente comprobada dentro del plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

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 a continuación porcentualmente, indican a la vez la proporción de la suma asegurada que procede indemnizar en cada caso:

MODALIDAD A

	Derecho	Izquierdo
Pérdida del brazo o de la mano	70%	60%
Anquilosis completa de un hombro . . .	30%	25%
Anquilosis completa de un codo	25%	20%
Pérdida total del dedo pulgar	32%	28%
Pérdida total del dedo índice	20%	10%
Pérdida total de uno de los demás dedos de una mano	8%	6%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50%	
Pérdida de una pierna por debajo de la rodilla o de un pie	40%	
Anquilosis completa de la cadera, rodilla o pie	30%	
Pérdida de una pierna por fractura no consolidada, excepto de sus dedos	40%	
Pérdida del dedo gordo de un pie . . .	10%	
Pérdida de cualquier otro dedo de un pie	8%	
Pérdida total de la visión de un ojo con o sin ablación	40%	
Sordera completa de ambos oídos . . .	60%	
Sordera completa de un oído	25%	
Pérdida del habla (mudez absoluta) . .	20%	
Pérdida completa de dos miembros . .	100%	
Enajenación mental incurable y absoluta que excluye cualquier trabajo	100%	
Parálisis completa	100%	
Ceguera completa	100%	

Si el Asegurado es zurdo, lo cual deberá constar en la solicitud de seguro, se invierte, en lo pertinente, el baremo.

El grado de intensidad que corresponde a cualquier estado de invalidez permanente no previsto en la tabla anterior será fijado por comparación con los grados consignados en dicha tabla, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

Cuando la pérdida anatómica o funcional de los miembros u órganos del Asegurado sea sólo parcial, el grado de intensidad de la invalidez resultante se fijará en proporción a dicha pérdida.

En el caso de que el Asegurado perdiese simultáneamente varios miembros u órganos, el grado de invalidez se fijará sumando los respectivos grados de intensidad de cada pérdida. No obstante, la indemnización procedente no podrá sobrepasar el 100% de la suma asegurada por esta garantía.

Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto anatómico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

Si las partes no se pusiesen de acuerdo en la valoración del

grado de invalidez, se someterán al procedimiento de peritación previsto en el artículo 17°.

Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente el Asegurado fallece a consecuencia del accidente, dentro del plazo previsto en el apartado a) de este artículo, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de muerte, si ésta es superior. En caso de ser inferior, el Asegurador no tendrá derecho a reintegro alguno.

En caso de invalidez permanente sobrevinida al Asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la presente póliza que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al Asegurado, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez **y hasta la cantidad máxima de 600 Euros.**

c) Si el seguro ha sido concertado en base al sistema de "tasas progresivas de invalidez", B o C, el porcentaje que equivale al grado de invalidez determinado según el apartado b) de este artículo 6° será transformado en el que resulte de la aplicación de las siguientes equivalencias:

Grado de invalidez en %	Modalidad B	Modalidad C
Hasta 25	Sin variación	Sin variación
26	27	28
27	29	31
28	31	34
29	33	37
30	35	40
31	37	43
32	39	46
33	41	49
34	43	52
35	45	55
36	47	58
37	49	61
38	51	64
39	53	67
40	55	70
41	57	73
42	59	76
43	61	79
44	63	82
45	65	85
46	67	88
47	69	91
48	71	94
49	73	97
50	75	100
51	78	105
52	81	110
53	84	115
54	87	120
55	90	125
56	93	130
57	96	135
58	99	140
59	102	145
60	105	150
61	108	155
62	111	160
63	114	165
64	117	170
65	120	175

66	123	180
67	126	185
68	129	190
69	132	195
70	135	200
71	138	205
72	141	210
73	144	215
74	147	220
75	150	225
76	153	230
77	156	235
78	159	240
79	162	245
80	165	250
81	168	255
82	171	260
83	174	265
84	177	270
85	180	275
86	183	280
87	186	285
88	189	290
89	192	295
90	195	300
91	198	305
92	201	310
93	204	315
94	207	320
95	210	325
96	213	330
97	216	335
98	219	340
99	222	345
100	225	350

Estas modalidades de Invalidez Progresiva no son aplicables a:

- Las personas mayores de 65 años.
- La parte de capital asegurado que exceda de 60.000 Euros.
- Los seguros de duración inferior a un año.
- Las pólizas innominadas.
- Los siniestros indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros.

d) Invalidez temporal **durante el plazo de dos años contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente**, siempre y cuando las lesiones resultantes del accidente impidan al Asegurado atender sus ocupaciones y esté sometido a tratamiento médico.

El Asegurador abonará la cantidad diaria asegurada en los siguientes términos:

1.- Al 100% por los días en que el Asegurado se encuentre completamente impedido físicamente para atender sus ocupaciones declaradas en la solicitud de seguro.

2.- Al 50% de la cantidad anterior, cuando el Asegurado pueda dedicarse en parte a sus ocupaciones, pese a que siga sometido a tratamiento médico.

Con independencia de lo indicado anteriormente, el periodo máximo indemnizable para las dolencias descritas en el apartado i) del Art. 2º. será de 15 días por anualidad de seguro. Asimismo, en los siniestros derivados de las dolencias citadas, se aplicará siempre una franquicia de siete días o la indicada en las Condiciones Particulares si fuera superior.

e) Asistencia médico-farmacéutica **durante el plazo de dos años contados desde la misma fecha del accidente**.

Los gastos devengados durante el período de tiempo pactado serán reembolsados por el Asegurador al Asegurado o a sus derechohabientes hasta la suma máxima expresamente pactada en las Condiciones Particulares.

La garantía de asistencia sanitaria ilimitada se otorgará únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga servicios médicos propios o concertados y dicha asistencia se preste a través de los mismos. En caso contrario, el límite máximo de indemnización será el previsto para los servicios médicos ajenos.

Bajo el concepto de asistencia médico farmacéutica se entienden incluidos:

1.- Los gastos que ocasione el transporte en vehículo adecuado de la persona accidentada, inmediatamente después del accidente, a un centro asistencial, cuando tal servicio resulte necesario para la salud del Asegurado.

2.- Los gastos de locomoción, autorizados por el Asegurador, devengados por la persona asegurada durante el período de curación garantizado, cuando, por imperativos de tratamiento sanitario requerido por las lesiones del accidentado, la asistencia hubiera de efectuarse en población distinta a la de residencia habitual del Asegurado.

3.- Los gastos por prótesis dentaria originados por los daños que pudiere sufrir el Asegurado en su dentadura natural o en las prótesis inamovibles preexistentes, a causa de un accidente garantizado. La cantidad máxima a reembolsar por este concepto será del 10% sobre el importe asegurado por asistencia en centros ajenos **y como máximo 300 Euros**.

f) Asistencia de urgencia en el extranjero, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en el condicionado que se adjunta a la presente póliza.

ARTÍCULO 7. BASES DEL CONTRATO

Las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro o el Asegurado, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, así como la presente póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a las personas y riesgos en la misma especificados.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, **el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para su formalización** a fin de que subsane la divergencia existente. **Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.**

Lo especificado en los apartados anteriores motiva la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 8. DURACIÓN DEL CONTRATO

Si no hubiera acuerdo sobre la valoración del siniestro el Asegurador y el Asegurado se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos médicos elegidos uno por cada parte.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

ARTÍCULO 9. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera

prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato, salvo en el caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, en cuyo supuesto podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que la póliza debe tomar efecto. Las sucesivas primas deberán hacerse efectivas por el Tomador en los correspondientes vencimientos.

Para los seguros de duración no inferior a un año, podrá pactarse el pago de las primas en forma fraccionada, por semestres, trimestres o meses, en cuyo caso la prima de tarifa se incrementará en los términos siguientes:

Pagos semestrales	2%
Pagos trimestrales	3%
Pagos mensuales	4%

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro, salvo pacto en contrario.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas o fracciones siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, **la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.**

ARTÍCULO 10. DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.

El tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderá al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviniere antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, **la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado** de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

En tal caso al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si el Asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del Seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación de riesgo a que hace referencia el párrafo anterior, el Tomador del Seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha incluidas en la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo, salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 11. DEBER DE INFORMACIÓN

El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

- a) Dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.
- b) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.

Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

c) Poner en conocimiento del Asegurador, dentro del plazo máximo de 7 días, cuando sobreviniera la muerte durante el período de curación.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o del Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las in-

demnizaciones para caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho a la prestación por invalidez temporal cesará, en cualquier caso, en el momento en que se produzca el fallecimiento del Asegurado o se declare su invalidez permanente.

Para obtener el pago, el Tomador deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación:

- a) Fallecimiento.
 - Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
 - Certificado de defunción.
 - Documentos que acrediten la personalidad y en su caso la condición de beneficiario.
 - En su caso Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador o Acta Judicial/Notarial de Declaración de Herederos.
 - Documentación acreditativa del pago o la exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
 - Otros documentos legalmente exigibles.

En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

- b) Invalidez Permanente.
 - Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.
- c) Invalidez temporal.
 - Partes de alta y baja que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.
- d) Gastos Médico–Farmacéuticos.
 - Una vez terminado el tratamiento se remitirán al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

En cualquier supuesto el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas; igualmente una vez que obren en poder del Asegurador los documentos que se solicitan para cada una de las coberturas, éste abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

ARTÍCULO 13. RESCISIÓN DEL CONTRATO

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a indemnización, cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, siempre y cuando sea mediante acuerdo mutuo que deberá constar por escrito o mediante otro medio indubitante.

El plazo para la eficacia de la resolución será de dos meses a partir de la fecha del acuerdo y una vez producida, dará derecho al Tomador del Seguro para que le sea devuelta la parte de prima correspondiente al riesgo no transcurrido

La resolución del contrato no afectará a los derechos y obligaciones existentes entre las partes por los siniestros que hayan ocurrido y que aún no hayan sido declarados durante la vigencia del contrato.

ARTÍCULO 14. DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA

En cumplimiento de lo previsto en la vigente Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se hace constar que los socios mutualistas tendrán los derechos y obligaciones que se determinen en los Estatutos de la Mutua con respecto a la derrama activa y pasiva. Dichos Estatutos están a disposición de los socios mutualistas. La derrama pasiva estará limitada a un importe igual a la prima pagada en la última anualidad.

La falta de pago de la derrama pasiva será causa de baja del socio, una vez transcurridos sesenta días desde que hubiera sido requerido para el pago. No obstante, el contrato de seguro continuará vigente hasta el próximo vencimiento del período de seguro en curso, subsistiendo la responsabilidad de satisfacer la derrama pasiva.

ARTÍCULO 15. SUBROGACIÓN

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudiera corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado.

El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, **siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

ARTÍCULO 16. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de este contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 17. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

Si no hubiera acuerdo sobre la valoración del siniestro el Asegurador y el Asegurado se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos médicos elegidos uno por cada parte.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

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 mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

ARTÍCULO 18. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de domicilio.

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 a la Entidad Aseguradora.

El pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente en las condiciones particulares del seguro.

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 prima de la Entidad Aseguradora.

DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

Resolución de 31 de Mayo de 2016 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. (B.O.E. nº 135 de fecha 4/6/2016)

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.

RESUMEN DE 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.

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 (952 367 042 ó 902 222 665).

A través de 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 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.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa sobre protección de datos le recordamos que los datos personales que nos haya aportado, incluidos los eventuales de salud, se incluirán en un fichero responsabilidad de FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, con la finalidad de desarrollo, control y ejecución del presente contrato de seguro, la gestión y tramitación de las coberturas y/o prestaciones sanitarias en su caso contratadas y prevención del fraude, así como para el envío electrónico o postal de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos que pudieran ser de su interés, salvo que usted hubiera manifestado o manifieste expresamente su negativa a recibirlas. Al contratar la presente póliza Usted nos autoriza expresamente para llevar a cabo el indicado tratamiento, así como que puedan ser destinatarios de la información médicos, centros, hospitales u otras instituciones o personas del ámbito sanitario, para que FIATC pueda cumplir con las prestaciones garantizadas. En este sentido, le informamos que la solicitud o la pres-

tación de eventuales servicios sanitarios derivados del contrato de seguro, supone la conformidad expresa del solicitante, tomador y/o asegurado-beneficiario a la comunicación entre FIATC y el médico, centro, hospital o cualquier otra institución o persona prestadora de la asistencia, de aquellos datos personales resultantes de los actos médicos, exámenes, análisis o actuaciones médicas realizadas que sean pertinentes, adecuados y no excesivos para que las partes puedan cumplir, desarrollar y controlar los derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro, cuya legislación aplicable obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motiven la prestación. Así como consiente que puedan ser destinatarios de la información los profesionales y/o entidades con los que FIATC suscriba convenios de colaboración por motivos de coaseguro, reaseguro, cese y cambio en la posición mediadora de su contrato o producto de seguro y prestación de los servicios asegurados. El afectado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a FIATC, Avenida Diagonal 648, 08017, Barcelona, al que deberá acompañar una fotocopia de su DNI.

En caso de oposición al tratamiento y comunicación de los datos descritos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer FIATC de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o para el cumplimiento de los demás fines garantizados en el contrato de seguro.

CLÁUSULA ADICIONAL ÚLTIMA: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Reglamento de Defensa del Cliente de FIATC, se encuentra a disposición de los Sres. Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648 de Barcelona así como en la página web www.fiatc.es.

DEPARTAMENTO O SERVICIO DE 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 de 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

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.

JUECES Y TRIBUNALES

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