

FIATC

SEGUROS

Diagonal, 648 - 08017 Barcelona

Tel. (93) 205 22 13 - Fax (93) 205 27 67

Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras por R. 0. De II
de Abril de 1930.

Constituidos los depósitos que marca la Ley.

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA Y ACCIDENTES

Tomador: Federación Extremeña de Montaña y Escalada

Póliza Número: 57-709

Fecha de Efecto: 1 de Enero de 2009

Fecha de Vencimiento: 1 de Enero de 2010

CATEGORÍAS, MODALIDADES, GARANTÍAS Y LÍMITES DE COBERTURAS

1.- CATEGORÍAS.

Se establecen tres categorías, en función de la edad del asegurado:

- Infantil: Edad actuarial de] asegurado comprendida entre los 0 y los 13 años, ambos inclusive.
- Juveniles: Edad actuarial de] asegurado comprendida entre los 14 y los 17 años, ambos inclusive.
- Adultos: Edad actuarial superior a los 17 años.

2.- MODALIDADES.

Se establecen 2 modalidades de cobertura:

Modalidad A:

- **Ámbito:**
 - España
 - Portugal
- **Actividades Cubiertas**
 - Excursionismo,
 - Campamentos,
 - Marcha y Senderismo

Rocódromo

Alpinismo

Alta montaña

Escalada

Bicicleta de Montaña, excluidos los accidentes en los que intervenga otro vehículo,

- Categorías:

Las personas mayores de 75 años sólo podrán contratar esta modalidad de cobertura y únicamente para las actividades de marcha y senderismo.

Modalidad B:

- Ámbito:

España

Andorra

Pirineo Francés

Portugal

- Actividades Cubiertas:

Excursionismo,

Campamentos,

Marcha y Senderismo

Rocódromo

Alpinismo

Montaña y Alta montaña

Escalada

Barrancos

Igloos

Bicicleta de Montaña, excluidos los accidentes en los que intervenga otro Vehículo.

Carreras de Montaña

Rafting

Esquí nórdico

Esquí travesía

Espeleología

Telemark

- Exclusiones:

Personas mayores de 75 años.

Modalidad C.

- **Ámbito:**
Extremadura
- **Actividades Cubiertas:**
Senderismo,

3.- GARANTÍAS Y LIMITES DE COBERTURA

Las garantías y límites de cobertura para cada modalidad, independientemente de la categoría a la que pertenezca el asegurado, son las siguientes:

	MOD. A	MOD. B	RESTO MUNDO	MOD. C
ASISTENCIA EN VIAJE: REPATRIACIÓN	Incluido fallecimiento con LIMITE 3.000 €	Incluido fallecimiento LIMITE 6.010 €	Incluido fallecimiento LIMITE 6.010 €	Incluido fallecimiento LIMITE 3.000 €
ASISTENCIA MEDICA EN EL EXTRANJERO	LIMITE 1.502 €	LIMITE 1.502 €	LIMITE 12.020 €	NO INCLUIDA
ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA CENTROS CONCERTADOS	LIMITE 108.000 €	LIMITE 108.000 €	LIMITE 108.000 €	LIMITE 108.000 €
ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA CENTROS NO CONCERTADOS	LIMITE 600 €	LIMITE 1.502 €	LIMITE 1.502 €	LIMITE 600 €
GASTOS DE RESCATE	LIMITE 4.507 €	LIMITE 4.507 €	LIMITE 9.015 €	LIMITE 4.507 €
MATERIAL DE ORTESIS RODILLERAS, MUÑEQUERA EXCLUSIVAMENTE CUANDO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR EL ESPECIALISTA DE LOS CENTROS CONCERTADOS POR LA COMPAÑÍA	300 €	300 €	300 €	300 €

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- MARCO JURÍDICO REGULADOR

El contrato de seguro concertado con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija se rige, en concreto, por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como, con carácter general, por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes de este contrato.

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, tiene señalada su sede social en España, correspondiéndole el control de su actividad al Ministerio de Economía y Hacienda (Dirección General de Seguros).

ARTÍCULO 2º.- DEFINICIONES PRELIMINARES

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.

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 a Prima Fija (en adelante FIATC), que como Aseguradora asume los riesgos que se pactan en este contrato.

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 complementarlas, 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 O DEFECTO O MALFORMACION 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 raquimedulares); o al aislamiento de] 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 periodo 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 otra vía de abordaje interno efectuado por un cirujano y que requiera normalmente la utilización de una sala de operaciones.

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

MEDICO: 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 de] 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 de] 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 de] 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 de] estado de salud de forma que la vida o capacidad funcional de] 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 requiere un tratamiento lo más inmediato posible.

ARTÍCULO 3º. SUJETOS Y OBJETO DEL SEGURO

Uno: Sujetos del Contrato.-

El presente contrato de aseguramiento se realiza entre FIATC Mutua de Seguros y Reasegros a Prima Fija, como Asegurador y la FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE MONTAÑA Y ESCALADA, como Tomador.

Dos: Riesgos cubiertos.-

- 1.- El presente seguro garantiza, la asistencias médico -sanitaria derivadas de los accidentes que puedan sufrir los asegurados, inscritos en la Federación Extremeña de Montaña y Escalada, en el transcurso de las actividades deportivas descritas en las condiciones particulares, en función de la modalidad suscrita por cada asegurado, con los límites por modalidad fijados para cada una de ellas. Siempre que dicha práctica no sea realizada como parte de una practica profesional. Se fija de forma explícita un límite temporal de la cobertura de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión.

- 2.- También se garantizan las indemnizaciones por muerte o invalidez que se especifican, para cada categoría y modalidad, en las condiciones particulares de esta póliza. -Las condiciones de aplicación de esta cobertura se explicitan en el documento de referencia mod. 537-02103, que se anexa también a este contrato.
- 3.- "El ámbito geográfico de aplicación de la anterior cobertura será el indicado en las condiciones particulares para cada modalidad.
- 4.- Se incluye como prestación indemnizable los costes por transporte sanitario adecuado de; lesionado, desde el lugar de la lesión al centro asistencial concertado más próximo, que haya sido realizado inmediatamente después de; accidente y cuando tal servicio resulte necesario para la salud de; Asegurado.
- 5.- Se incluyen también como prestación indemnizable los costes de las prótesis traumatológicas internas y el material de osteosíntesis, en su totalidad.
- 6.- Se considerarán gastos de búsqueda y rescate la localización y, en su caso, evacuación de; asegurado de zonas de difícil acceso y de las cuales, por su estado, el asegurado no pueda salir por sus propios medios. Se garantiza su cobertura hasta los límites fijados en las condiciones particulares para cada categoría y modalidad.
- 7.- 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.
- 8.- Cuando el accidente sea como consecuencia de una actividad comprendida en la descripción del punto 1.anterior, si modalidad tiene un ámbito geográfico de aplicación que incluya territorios de extranjero, quedará también incluidos, con los límites que se indican en las condiciones particulares:

(a) ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA EN EL EXTRANJERO

El Asegurador tomará a su cargo la organización de la asistencia y los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado herido o enfermo.

(b) REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS

Si las circunstancias del caso requieren, según criterio médico, el traslado sanitario del Asegurado, el Asegurador toma a su cargo el transporte del mismo por el medio idóneo - incluso bajo vigilancia médica si procede -, hasta el Centro Hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias.

En caso de hospitalización, el Asegurador se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio, en cuanto éste pueda efectuarse. El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico del Asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso.

(c) REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE MENORES

Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía anterior, viajara en la única compañía de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomara a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

(d) DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Si el estado de; Asegurado accidentado, requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar de; Asegurado o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (la clase), para que pueda acompañarlo. El Asegurador además abonará en concepto de gastos de estancia M acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 30,00 euros por día y por un período máximo de 10 días.

(e) REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador organizará y se hará cargo del traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia,

(f) REGRESO ANTICIPADO

Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión (clase turista) o de tren (la clase) desde el lugar en que se encuentre hasta su domicilio habitual.

(g) TRANSMISIÓN DE MENSAJES

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

(h) ENVIÓ DE MEDICAMENTOS

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado prescritos por un facultativo, y que no puedan encontrarse en el lugar donde este se encuentre.

(i) SERVICIO DE INFORMACIÓN DE VIAJES

El Asegurador facilitará al Asegurado mediante un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas información referente a: a) Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.1.M. (Travel Information Manual), publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A. El Asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M., ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación. b) Direcciones y números de teléfono de las Embajadas españolas y Consulados en todo el mundo, donde los hubiese, según figura en la "Guía de las Representaciones de España en el extranjero" editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

Tres: Riesgos excluidos.-

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

- a) La práctica profesional del deporte objeto de Cobertura.
- b) Los accidentes que se produzcan en los desplazamientos de ida y vuelta a las actividades cuyos riesgos se cubren en el presente contrato.
- c) Los costes asistenciales (intervenciones quirúrgicas rehabilitaciones, etc.) y/o indemnizaciones Pendientes, económicas derivados de lesiones preexistentes a la fecha de alta de cada asegurado en la Federación, para la temporada 2006.
- d) Quedan excluidas aquellas asistencias médico - sanitarias de especialidades que no guarden relación con el objeto del seguro descrito en el anterior punto Dos de este artículo 30.
- e) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa del mismo y las mutilaciones voluntarias.
- f) Las lesiones y consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de ello por parte del Asegurado de actos delictivos.
- g) Queda excluida la responsabilidad asistencia por parte de la compañía, de las lesiones sufridas en Accidente de Tráfico, salvo lo previsto en el anterior punto Tres, 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.
- h) Las lesiones sobrevenidas en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajo efecto de estupefacientes.
- i) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y desgarros musculares que no sean consecuencia de lo descrito como definición del objeto del seguro, anterior punto Dos de este artículo 30.
- j) 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, se limitan a una cantidad máxima de cobertura por el conjunto de este concepto 300,00 euros por asegurado y año.

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

i) Las consecuencias psíquicas de cualquier tipo.

m) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas y material ortopédico en general.

n) El material ortopédico y las prótesis, tanto internas como externas, de todo tipo, excepto por lo indicado el artículo 30, punto Dos 5 de este condicionado.

o) Los embarazos.

p) Las lesiones o enfermedades que dimanen en forma directa o indirecta de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radioactivas, catástrofes naturales y acciones bélicas.

NOTA: No están comprendidos 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. En cualquier caso, FIATC, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

En la presente cobertura en ningún caso quedarán garantizados los gastos de traslado y estancia extra hospitalaria.

ARTICULO 4º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

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

1.- Se entenderá como asistencia sanitaria en Centros concertados FIATC, cuando esta sea prestada por los facultativos, centros hospitalarios, centros de diagnóstico y asistenciales que se detallarán en el anexo 1 de esta póliza, bajo el epígrafe de "CENTROS, CONCERTADOS", así como por aquellos que, ubicados en territorio español, sean identificados como tales por el teléfono de asistencia de FIATC que se indica en el punto siguiente. Cualquier otro centro en el territorio español que no cumpla uno de estos dos requisitos será considerado como centro no concertado, a efectos de este contrato.

2.- Cada vez que se precise cualquier tipo de asistencia, si las circunstancias lo permiten, el asegurado deberá ponerse en contacto con los teléfonos de asistencia de FIATC

902 102 264 si está en territorio español

y +34 902 202 031 si está en el extranjero

y facilitar su DNI y número de licencia federativa. Desde el correspondiente teléfono de asistencia y en función M tipo de asistencia que requiera, FIATC pondrá en funcionamiento los recursos mas adecuados para resolver la situación.

3.- Excepto en los casos de Urgencia vital, el optar por centro no concertado excluye la posibilidad de utilizar los servicios de la compañía. Aún así el siniestro debe ser siempre comunicado al asegurador como se indica en el párrafo anterior; en caso de incumplir la obligatoriedad de comunicación, la factura no será reembolsada. En todo caso y salvo indicación en contrario por parte de FIATC, el asegurado abonará la factura y esta será reembolsada por la aseguradora con los límites de su modalidad. En ambos casos, deberá ponerse en contacto, personalmente o por medio de terceros, con los teléfonos indicado! y comunicar la situación, en el plazo máximo de 72 horas desde la ocurrencia M accidente. A partir de ese momento, los servicios de asistencia de FIATC tomarán las medidas adecuadas para, en función del estado del accidentado, prestar la asistencia necesaria.

Si un recurso asistencial no figura en la lista de Centros Concertados que se anexa a este contrato, solo la aceptación expresa de FIATC a su utilización, por medio de sus teléfonos permanentes de asistencia o por cualquier otro medio, o causas de extrema urgencia vital obligarán a FIATC a cubrir gastos por encima de los límites fijados para asistencia médicoquirúrgica en centros no concertados, por cada categoría y modalidad.

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.

4.- En caso de requerir búsqueda y/o rescate en territorio español, este se podrá solicitar, también, directamente a Protección Civil en el teléfono 112. En el caso de requerirse en el extranjero, se recomienda ponerse en contacto con el teléfono de asistencia en extranjero de FIATC.

05.- Los gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentarias 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. Tres (j) deberán realizarse en centros concertados FIATC de forma exclusiva.

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 M cuadro de la compañía.

8.- El asegurado no deberá abonar cantidad alguna al ser atendido por los facultativos 6 servicios concertados por el Asegurador y pondrá en comunicación de la Entidad cualquier irregularidad que se produzca en este sentido.

9.- Aquellos asegurados que estando de baja médica, practiquen cualquier actividad deportiva y precisen asistencia médica originada por esta práctica, quedan excluidos de la asistencia de la compañía "sine die".

10.- El asegurado en ningún caso deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos de la misma especialidad, por un mismo motivo 6 dolencia, sin la autorización previa dej Asegurador.

ARTICULO 5º.- DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares, y a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a **dos meses** a la conclusión del periodo.

ARTICULO 6º.- PAGO DE PRIMAS

Uno. 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.

Dos. 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.

Tres. 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.

ARTICULO 7º.- OTRAS OBLIGACIONES, DE11ERES Y FACULTADES DEL ASEGURADO

Uno. Además de prestar la asistencia garantizada, el Asegurador deberá entregar al Tomador M 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 documentos que haya suscrito el Tomador.

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

Tres. El Asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón M siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables de; mismo, hasta el limite 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 esta 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.

ARTICULO 8º.- COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

Uno. Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél, señalado en la póliza, pero si se realizan a un Agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, se realizarán en el domicilio del mismo 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 éste.

Dos. 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 otra administrativos.

ARTÍCULO 9º.- 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.

ARTICULO 10º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN EN PASO DE LITIGIO

UNO: SERVICIO DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL CLIENTE:

El tomador, asegurado, o beneficiarios de la Mutua y, en su caso, sus derechohabientes, deberá dirigirse al citado servicio cuando desee efectuar reclamación por cualquier razón derivada de su contrato de seguro.

Esta reclamación tendrá la consideración de previa y por tanto necesaria, antes de dirigir la misma al Defensor de; Asegurado y a la Dirección General de Seguros.

El Servicio de Calidad y Atención al cliente efectuará el correspondiente acuse de recibo y en el plazo máximo de 3 meses deberán comunicar la resolución. Si la resolución no es conforme con la reclamación planteada, o bien hubiera transcurrido el plazo máximo de 3 meses sin que se emitiera una resolución, el reclamante podrá dirigirse al Defensor de; Asegurado si la cuantía de; derecho que pretende ser reconocido no excede de 151.000 euros.

DOS. DEFENSOR DEL ASEGURADO:

A) OBJETO

El DEFENSOR DEL ASEGURADO, conocerá y resolverá, con plena independencia y bajo los criterios de legalidad y equidad, las reclamaciones que formulen los tomadores, asegurados, beneficiarios de la Muta y en su caso, sus derechohabientes, en relación con sus contratos de seguros.

Las resoluciones emitidas por el DEFENSOR DEL ASEGURADO serán vinculantes para la Mutua si han sido aceptadas por el reclamante y la cuantía que se le reconozca no exceda de 151.000 euros.

El reclamante podrá aceptar la resolución dictada por el DEFENSOR o ejercer las acciones que legalmente le corresponda para la defensa de sus derechos.

B) RECLAMACIÓN PREVIA

El tomador, asegurado, o beneficiarios de la Mutua y, en su caso, sus derechohabientes, que por cualquier razón derivada de su contrato de seguro desee efectuar reclamación ante el DEFENSOR DEL ASEGURADO deberá agotar previamente la vía de reclamación ordinaria. Entendiéndose a tal efecto agotada dicha vía en los siguientes supuestos:

- a) Cuando exista resolución emitida por el Servicio de Calidad.
- b) Cuando haya transcurrido tres meses desde que el reclamante formuló su reclamación y esta no haya sido resuelta

C) COMPETENCIAS:

El DEFENSOR DEL ASEGURADO asumirá las siguientes competencias:

- a) La admisión a trámite en su caso, de las reclamaciones que le y sean presentadas, informando al/los reclamante/s sobre la misma.
- b) Solicitar a la Mutua la documentación que a su criterio considere necesaria para el esclarecimiento de los hechos.
- c) Estudiar la documentación aportada, disponiendo para ello de 10 días hábiles que podrán prorrogarse por otros diez, para reclamar ampliación de las alegaciones de; reclamante o de los informes recibidos de la Mutua o, en su caso, para citarlos en audiencia.
- d) Resolver por escrito, una vez agotado dicho trámite, en el plazo de 5 días hábiles.

El REGLAMENTO DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO de FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, se halla a disposición de los Sres. mutualistas en el domicilio social de la Entidad.

TRES.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El tomador, asegurado, o beneficiarios de la Mutua y, en su caso, sus derechohabientes, podrán dirigir su reclamación a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones cuando:

- a) exista resolución desestimatoria de la reclamación por el DEFENSOR DEL ASEGURADO.
- b) cuando haya transcurrido el plazo de emisión de resolución de; DEFENSOR establecido por su Reglamento.

Las resoluciones dictada por la Dirección General de Seguro y Fondos de Pensiones no serán vinculantes para las parten, no obstante FIATC puede admitir, en su caso, la aceptación de la resolución dictada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CUATRO: 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.