

CONDICIONES GENERALES

SEGURO GESTISEP GSI ASISTENCIA FAMILIAR

INDICE	Página
1. MARCO JURÍDICO REGULADOR	3
2. DEFINICIONES PRELIMINARES	3
3. OBJETO DEL SEGURO	3
4. GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO	3
5. GARANTÍA DE TRASLADO - ASISTENCIA	4
6. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS	8
7. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES INDIVIDUALES	9
8. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR PARTO	12
9. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REPATRIACIÓN. EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA	13
10. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE RESIDENTES. ESPAÑOLES RESIDENTES FUERA DE ESPAÑA	13
11. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALS ASEGURADOS	14
12. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE LA GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO	14
13. PAGO DE PRIMAS	14
14. LÍNEA PERMANENTE Y COMUNICACIÓN	14
15. DECLARACIONES FORMULADAS AL ASEGURADOR	14
16. INICIO DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA	15
17. DURACIÓN DEL CONTRATO	15
18. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
19. COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR	15
20. JURISDICCIÓN	15
21. PRESCRIPCIONES	16

1. 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 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.

2. DEFINICIONES PRELIMINARES

En este contrato se entenderá por:

ACCIDENTE: Todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona causándole una invalidez o la muerte.

ASEGURADO: La persona o personas físicas incluidas en la relación que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en sus Suplementos o Apéndices.

ASEGURADOR: FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros (en adelante FIATC), que como Entidad Aseguradora asume los riesgos que se pactan en este contrato.

BENEFICIARIO: Es la persona física o jurídica designada en la Póliza para percibir del Asegurador las cantidades que éste haya de indemnizar como consecuencia del fallecimiento de los Asegurados, salvo el importe de los servicios que hubieren sido prestados con cargo al Asegurador, que serán abonados por éste directamente a las entidades que los hayan efectuado.

CAPITAL ASEGURADO: Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

DOMICILIO DEL TOMADOR Y EL ASEGURADOR: Los que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

DOMICILIO PAÍS DE REPATRIACIÓN: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza correspondiente al país de origen del Asegurado, distinto a España o Andorra, que el Tomador ha indicado para realizar la repatriación o traslado en caso de fallecimiento del Asegurado.

DOMICILIO PAÍS DE RESIDENCIA: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza correspondiente al país de residencia del Asegurado español, distinto a España o Andorra, que el Tomador ha indicado para realizar la repatriación o traslado en caso de fallecimiento del Asegurado.

HOSPITALIZACIÓN: Permanencia del Asegurado en un centro sanitario, clínica u hospital durante un período superior a 24 horas, en condición de paciente.

PLAZO DE CARENCIA: Período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la Póliza para cada garantía contratada, durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la Póliza.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la Póliza: estas Condiciones Generales, las Particulares y los Suplementos o

Apéndices que se emitan a los mismos para complementarlos o modificarlos.

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.

SERVICIO FÚNEBRE: Es el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para efectuar el sepelio del Asegurado fallecido, de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en la Póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que junto con el Asegurador contrata y suscribe el presente seguro, asumiendo las obligaciones que le corresponden y adquiriendo los derechos que en él se establezcan. En caso de fallecimiento del Tomador pasará a serlo el primer Asegurado que cumpla con los requisitos de ser mayor de edad o emancipado, siempre que así lo acepte, designando nueva domiciliación de cobro, si fuese necesario.

3. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, las coberturas correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente recogida en las Condiciones Particulares, para cada uno de los Asegurados.

Las garantías de la presente Póliza son:

- Garantía de Servicio de Sepelio.
- Garantía de Traslado - Asistencia.
- Garantía Complementaria de Acceso a Servicios Médicos.
- Garantía Complementaria de Accidentes Individuales.
- Garantía Complementaria de Hospitalización por Enfermedad y Accidente e Indemnización por Parto.
- Garantía Complementaria de Repatriación. Extranjeros residentes en España.
- Garantía Complementaria de Residentes. Españoles residentes fuera de España.

Quedan excluidos de todas las garantías de la Póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, los siguientes riesgos:

- **Revolución, terrorismo, motines, tumultos populares y en general, conflictos armados, entendiéndose por tales los de guerra, haya o no mediado declaración oficial.**

- **Reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**

- **Los causados por epidemias y pandemias declaradas oficialmente, inundaciones, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.**

- **Las enfermedades graves preexistentes a la fecha de incorporación a la Póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto. Se entiende por preexistente, aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.**

- **Cuando el siniestro corresponda a coberturas opcionales que no se hayan contratado expresamente en las Condiciones Particulares y/o Suplementos.**

4. GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza, con el límite máximo del Capital Asegurado, la prestación de un Servicio Fúnebre al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Serán los herederos legales quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado, si éste la hubiese expresado, podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del Capital Asegurado, de acuerdo con los que resulten procedentes en la población del Domicilio de Residencia de los Asegurados.

En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a la voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por el Asegurador, éste no será responsable de la calidad de los servicios prestados. Asimismo, quedará obligado a satisfacer el Capital Asegurado a los herederos del Asegurado fallecido, **salvo que éste fuera menor de catorce años de edad.**

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado fuera inferior al Capital Asegurado, el Asegurador abonará al tomador, o en su defecto a los herederos legales, la diferencia resultante.

Los herederos, no obstante, podrán optar por percibir el importe íntegro del Capital Asegurado si se hacen cargo de la contratación y pago directo del Servicio, **salvo que el Asegurado fuera menor de catorce años, en cuyo caso la obligación del Asegurador queda limitada al reembolso de los gastos del Servicio Fúnebre en los que haya incurrido, con el límite del Capital Asegurado.**

La Garantía de Servicio de Sepelio se extiende a los Asegurados, cualquiera que fuese la causa del fallecimiento, **salvo para los riesgos expresamente excluidos.**

El Seguro también comprenderá la prestación de un Servicio Fúnebre Especial para Neonatos en caso de fallecimiento de los hijos de Asegurados de la presente Póliza, si ocurriera durante el período de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, **a partir de los cuales deberá estar asegurado para tener derecho al Servicio Fúnebre que corresponda.** También se garantiza la inhumación o incineración de extremidades amputadas en su totalidad a cualquiera de los Asegurados incluidos en la Póliza, **quedando expresamente excluido el traslado de los mismos.** En estos casos, de Servicio Fúnebre Especial o de extremidades amputadas no procederá indemnización por diferencia entre el coste del Servicio Fúnebre y el Capital Asegurado.

4.2. ACTUALIZACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

Si a lo largo de la duración de la Póliza el Asegurador observase que existe una desviación entre los Capitales Asegurados y el coste de los servicios fúnebres, lo pondrá en conocimiento del Tomador del seguro proponiéndole una actualización de los Capitales Asegurados y comunicándole las nuevas primas a satisfacer.

Salvo renuncia de forma expresa por parte del Tomador a la actualización propuesta por el Asegurador, éste procederá a emitir el correspondiente suplemento de Póliza en que constarán los nuevos Capitales Asegurados y las primas iniciales relativas a los mismos.

Si el Tomador rechazase la modificación propuesta, el Asegurador mantendrá la Póliza en la misma situación, en cuyo caso al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el Capital Asegurado que figure en las Condiciones Particulares, o en el último recibo de prima.

4.3. SINIESTRO EN ESTA GARANTÍA

El Capital Asegurado, establecido en la Garantía de Servicio de Sepelio para cada asegurado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

El propio Asegurador será el prestador de los servicios funerarios garantizados, ya sea a través de medios propios, o a través de empresas u otros profesionales contratados a tal efecto.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador establece el siguiente procedimiento para hacer efectivos los compromisos que determina esta Garantía:

a) Se comunicará al Asegurador, lo antes posible, la defunción del Asegurado mediante el teléfono disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Serán los herederos legales quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado si éste la hubiese expresado, podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del Capital Asegurado, de acuerdo con los que resulten procedentes en la población del Domicilio de Residencia del Asegurado.

Cuando un Asegurado fallezca en población distinta a la consignada en las Condiciones Particulares como Domicilio del Asegurado, se prestará un Servicio Fúnebre de categoría equivalente al contratado de acuerdo con las modalidades existentes en dicha localidad.

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra fuera de España y los herederos legales opten por su inhumación en el lugar del siniestro, éstos realizarán el servicio por su cuenta y el Asegurador abonará el Capital Asegurado a los herederos legales.

b) Si por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los herederos legales del fallecido, el Asegurador no hubiera gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, éste se obliga, si procede, a reembolsar el Capital Asegurado establecido en las Condiciones Particulares, a los herederos legales del fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

Si al fallecer un Asegurado resultase que está con el mismo Asegurador en más de una póliza de Seguro de Dececos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que el tomador podrá elegir, procediéndose al reembolso de las primas correspondientes al Asegurado fallecido pagadas por el Tomador en las otras pólizas, desde que se produjo la concurrencia.

En caso de fallecimiento, si se hubiera producido la concurrencia de una Póliza del seguro de sepelio en más de un Asegurador, el Asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligado al pago del Capital Asegurado a los herederos legales del Asegurado fallecido.

5. GARANTÍA DE TRASLADO - ASISTENCIA

5.1. TRASLADO LIBRE DEL ASEGURADO FALLECIDO EN TERRITORIO ESPAÑOL

En caso de fallecimiento del Asegurado en territorio español, el Asegurador se hará cargo de las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los herederos legales del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación o incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

5.2. ASISTENCIA JURÍDICA Y GESTORÍA

5.2.1. SERVICIO DE GESTORÍA EN CASO DE FALLECIMIENTO

Por la presente cobertura el Asegurador garantiza la prestación de un servicio de gestoría y asesoramiento en relación con los trámites a realizar con motivo del fallecimiento del Asegurado, tanto respecto de éste, como de los herederos legales, que consistirá en:

1. Asistencia personalizada a los herederos legales mediante asistencia de un representante acreditado del Asegurador que les informará y asesorará sobre los trámites a seguir.

2. Obtención de Certificado de Defunción.

3. Obtención de Partida de Nacimiento.

4. Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades.

5. Tramitación de baja en el libro de familia.

6. Tramitación de baja del titular en cartilla de I.N.S.S.

7. Obtención de Certificado de Matrimonio.

8. Obtención de Certificado de Convivencia.

9. Obtención del Auxilio por Defunción del I.N.S.S.

10. Tramitación y obtención del alta de la cartilla del I.N.S.S. para el cónyuge y sus herederos legales.

11. Tramitación de la pensión de Viudedad.

12. Tramitación de la pensión de Orfandad.

13. Obtención de Certificados de Fe de Vida, relativo a los herederos legales.

14. Asesoramiento orientativo en la tramitación sucesoria, no litigiosa.

15. Tramitación de la carta de pago.

16. Liquidación del Impuesto de Sucesiones y demás obligaciones fiscales.

17. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

El heredero legal solicitará al Asegurador la prestación del servicio de Gestoría dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de fallecimiento del Asegurado, llamando al teléfono de Asistencia, por la que informará del siniestro ocurrido.

El heredero legal para caso de fallecimiento deberá presentar los documentos acreditativos de su personalidad, así como facilitar toda la información oportuna al Asegurador para la gestión de los trámites.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español, así como los trámites que requieran la intervención de autoridad u organismo oficial ubicado fuera del territorio español.

Quedan excluidos los trámites requeridos como consecuencia de proceso judicial, así como aquellos que presenten incidencias no comunes en el procedimiento administrativo a seguir ante organismos oficiales.

Quedan excluidos los costes correspondientes a Impuestos de todo tipo, Honorarios de Notaría, Honorarios de Registros y cualquier otro gasto o tasa no incluido en los trámites mencionados.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales o procuradores designados por el Asegurador. En ningún caso procederá indemnización alguna, tanto por la utilización, como por la no utilización de este servicio.

5.2.2. SERVICIO DE ASISTENCIA JURÍDICA Y SERVICIO DE GESTORÍA

Por la presente cobertura el Asegurador garantiza la prestación

de un servicio de Asistencia Jurídica y servicio de Gestoría al Asegurado, referente a su ámbito personal y circunscrito a la legislación española. Y que consistirá en:

5.2.2.1. Asistencia Jurídica Telefónica/Consejo

Este servicio dará respuesta a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el Asegurado referente a su ámbito personal y circunscrito a la legislación española. Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas y ésta será siempre telefónica.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

5.2.2.2. Servicio de Asesoría/Ayuda Legal 24 Horas

El Asegurador prestará de forma telefónica al Asegurado ayuda legal que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como: control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo o privación de libertad.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

5.2.2.3. Asesoramiento y Servicio de Gestoría Administrativa

Asesoramiento telefónico en servicios de gestoría administrativa en las siguientes especialidades:

- Tráfico: matriculaciones (nuevos, rematriculaciones, placas verdes), transferencias, bajas (definitivas, temporales), permisos y licencias (renovaciones, canjes, duplicados, cambios de domicilio), informes.

- Transportes: nacional (nuevas autorizaciones, rehabilitaciones, suspensiones, sustituciones, visados, autorizaciones), internacional (licencias comunitarias, ADR o TCP, libros de ruta).

- Escrituras.

- Hipotecas.

- Últimas voluntades.

- Certificados.

- Caza y Pesca.

5.2.2.4. Elaboración y Revisión de Contratos

El Asegurador a instancias del Asegurado, elaborará o revisará los siguientes tipos de contrato y escritos en los que el Asegurado sea parte:

- Compraventa de inmueble.

- Constitución de hipoteca.

- Examen de notas simples registrales.

- Arras o señal.

- Carta de reclamación por retraso o vicio oculto.

- Arrendamiento de inmueble.

- Cartas de reclamación como arrendador o arrendatario.

- Cartas de comunicación como arrendador o arrendatario.

- Cartas de reclamación o comunicación a la Comunidad de Propietarios.

- Contrato de trabajo para el servicio doméstico.

- Escrito de cancelación o rectificación de datos personales.

- Compraventa de vehículo.

5.2.3. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Los Asegurados podrán solicitar la prestación de la cobertura de Asesoría Jurídica y Servicio de Gestoría llamando al teléfono de Asistencia.

El horario de consultas será de 9 a 19 horas de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). El horario será de 24

horas para consultas comprendidas en el apartado 5.2.2.2. Servicio de Asesoría/Ayuda Legal 24 Horas.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español, así como los trámites que requieran la intervención de autoridad u organismo oficial ubicado fuera del territorio español.

5.2.4. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos los trámites requeridos como consecuencia de proceso judicial, así como aquellos que presenten incidencias no comunes en el procedimiento administrativo a seguir ante organismos oficiales.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales o procuradores designados por el Asegurador. En ningún caso procederá indemnización alguna, tanto por la utilización, como por la no utilización de este servicio.

No queda cubierta la Defensa Jurídica, la representación del Asegurado en procedimientos judiciales o administrativos, ni las reclamaciones relativas a contratos suscritos por los Asegurados con el Asegurador.

La respuesta telefónica dada al Asegurado únicamente supone una orientación jurídica a la consulta planteada por el mismo, sin que en ningún caso pueda entenderse que se garantiza el resultado de las acciones de cualquier tipo que el Asegurado pueda iniciar en base a dicha orientación, cuya decisión corresponde exclusivamente al Asegurado, el cual podrá contrastar con otros profesionales del Derecho la respuesta jurídica facilitada por el Asegurador.

5.3. ELABORACIÓN ONLINE Y OFFLINE DE TESTAMENTO Y/O TESTAMENTO VITAL

El Asegurado y su cónyuge dispondrán de acceso a un servicio gratuito de elaboración del testamento y/o testamento vital a través de internet. Para utilizar este servicio se facilitará telefónicamente al Asegurado el código de acceso a la página web donde podrá elaborarlo con el asesoramiento de un abogado.

También se dará la opción al Asegurado de realizar todas las gestiones telefónicamente con un operador como intermediario, a través de esta misma página web.

Una vez redactado el testamento y/o testamento vital se concertará la firma del Asegurado en una notaría cercana al domicilio del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a una modificación anual del testamento y/o testamento vital otorgado a través de este servicio.

En caso de tratarse de un Asegurado dependiente o que carezca de movilidad se concertará la firma notarial en el lugar de residencia del Asegurado. También se incluye la elaboración y firma de poder notarial de personas enfermas o impedidas siempre que esté relacionado con los trámites sucesorios.

Este servicio incluye el asesoramiento legal, la elaboración del testamento y/o testamento vital y las tasas notariales siendo por cuenta del Asegurado cualquier otro gasto derivado de este servicio.

Los Asegurados podrán solicitar la prestación de la cobertura llamando al teléfono de Asistencia.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español.

5.4. GESTIÓN DEL FINAL DE LA VIDA DIGITAL

En caso de fallecimiento del Asegurado, si los herederos legales lo solicitan, se procederá a borrar la presencia del fallecido en redes sociales y profesionales, blogs y cuentas de correo electrónico. También se ofrecerá la ayuda y el asesoramiento para cumplimentar el formulario de Google para la 'Solicitud de retirada de resultados de búsqueda en virtud de la normativa de protección de datos europea'.

Los servicios incluidos son:

- Revisión mediante todas las sesiones de control remoto necesarias, de todos los dispositivos tecnológicos que utilizaba el fallecido como PC's, netbooks, portátiles, BlackBerry, etc. incluyendo la copia o borrado de archivos, la desinstalación de

programas o el formateo de los dispositivos.

- En caso de resultar necesario, presencia de un técnico en el domicilio del Asegurado para la realización de estas tareas, en horario laborable, con un límite de 5 horas. Este servicio a domicilio no supondrá ningún coste adicional.

Los herederos legales podrán solicitar al Asegurador la prestación del servicio, dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de fallecimiento del Asegurado, llamando al teléfono de Asistencia, por la que informará del siniestro ocurrido.

El Asegurador declina cualquier responsabilidad sobre el tipo de información almacenada o recuperada, así como de la pérdida de información por causas ajenas al control del Asegurador.

Se excluye la prestación del servicio en caso de conflicto entre los herederos legales del Asegurado.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español.

5.5. ACCESO A SERVICIOS DENTALES

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza. Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma. El Asegurado puede consultar los centros dentales disponibles en www.fiatc.es y en nuestro teléfono de asistencia.

5.5.1. Servicios Incluidos

De forma detallada son objeto de cobertura sin coste adicional para el Asegurado los servicios y actos que se indican a continuación:

- Primeras Visitas
- Visita de Revisión
- Primera visita Ortodoncia
- Retirar puntos
- Estudio Implantológico.
- Una limpieza bucal anual. Tartrectomía (ambas arcadas) sobre periodonto sano.

5.5.2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado

Servicios a disposición del asegurado previo abono de una pequeña franquicia correspondiente al coste de la prestación solicitada.

El Asegurado asumirá el coste de los servicios que correspondan de conformidad con el baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación.

5.6. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

5.6.1. ASEGURADOS

Los asegurados relacionados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

5.6.2. ÁMBITO INTERNACIONAL

El mundo entero, excepto en España, y aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del Asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

5.6.3. VALIDEZ

Para beneficiarse de ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO, el Asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual no deberá exceder de 90 días por viaje o desplazamiento.

5.6.4. COBERTURAS

5.6.4.1. Traslado internacional del Asegurado Fallecido

En caso de fallecimiento del Asegurado en cualquier lugar del mundo, el Asegurador se hará cargo de las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los herederos legales del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación, incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Se excluye el traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

5.4.4.2. Asistencia médica y sanitaria

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.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y por especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalización, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su coste en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.
- f) Traslado en ambulancia, por prescripción facultativa, de recorrido exclusivamente local.

El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones, hasta un límite por Asegurado de 12.000 Euros o su equivalente en moneda local del país donde se hagan efectivas.

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 120 Euros o su equivalente en moneda local.

5.4.4.3. 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.

Si la hospitalización se realizase en lugar alejado del domicilio del Asegurado, 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.

5.4.4.4. Repatriación o transporte de los demás Asegurados

Cuando al Asegurado se le haya trasladado, por fallecimiento, enfermedad o accidente y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los

gastos correspondientes al transporte de los mismos, a su domicilio o al lugar de hospitalización.

5.4.4.5. Repatriación o transporte de menores

Si a los Asegurados que viajen con hijos menores de 15 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de fallecimiento, enfermedad o accidente, cubierto por la Póliza, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata del Asegurador, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio.

5.4.4.6. Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización

Si el estado del Asegurado enfermo o herido, requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.

El Asegurador además abonará en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 150 euros por día y por un período máximo de 10 días.

5.4.4.7. Convalecencia en Hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta 150 euros diarios, y por un período máximo de 10 días.

5.4.4.8. Regreso anticipado

Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho debidamente inscrita en el Registro Oficial, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano, o suegro de su cónyuge o pareja de hecho debidamente inscrita en el Registro Oficial, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión (clase turista) o de tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España y de regreso al lugar donde se encontrara.

Alternativamente y a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

5.4.4.9. 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.

5.4.4.10. Envío de medicamentos

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

5.4.4.11. 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.I.M. (Travel Information Manual), publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas del 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 hubiere, según figura en la 'Guía de las Representaciones de España en el extranjero' editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

5.4.4.12 Delimitaciones de la cobertura. Exclusiones

Las coberturas concertadas en la presente garantía no

comprenden:

a) Las dolencias o enfermedades crónicas o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje, salvo la asistencia necesaria para resolver la eventual 'urgencia vital', en cuyo caso la prestación queda limitada a un día.

b) La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades producidas intencionalmente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.

c) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.

d) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas y prótesis en general.

e) Los embarazos, salvo afecciones por complicación súbita e imprevisible y partos prematuros imprevisibles.

f) Las lesiones derivadas de la participación del Asegurado en competiciones o pruebas deportivas, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.

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

h) Las enfermedades mentales.

5.4.4.13. Disposiciones Adicionales

El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, éste estará obligado a reembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

5.4.4.14. Subrogación

Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el Asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución total o parcial, del coste de billetes no utilizados por los Asegurados o herederos legales.

En los supuestos de concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se estará a lo dispuesto al efecto, en la Ley de Contrato de Seguro, en sus artículos treinta y uno, treinta y dos y treinta y tres o normativa legal concordante o de aplicación vigente en cada momento.

6. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Servicio de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

6.1. SERVICIO DE CHAT MÉDICO

Los Asegurados podrán realizar consultas médicas gratuitas e ilimitadas a médicos a través de un sistema de chat, denominado Gestisep chat médico, en aquellas especialidades médicas y/o relativas al bienestar del Asegurado, que se ofrezca en cada momento.

Las especialidades que como mínimo deberán prestarse a través de este servicio de chat, serán las siguientes:

- Medicina General
- Pediatría
- Medicina General experto en Nutrición y Dietética
- Psicología
- Entrenador Personal

El servicio de chat médico, es decir las respuestas a las consultas, se realizará siguiendo las siguientes pautas recomendadas por el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos:

- Se facilitarán segundas opiniones médicas, revisión médica, orientación médica, o ayuda en la toma de decisiones.

- En ningún momento las respuestas realizarán diagnósticos ni ejercicio clínico de la medicina.

Asimismo, en sus respuestas a las consultas, los médicos pueden ofrecer información ampliada al consultante sobre los fármacos que les han sido recetados y acerca de la posología indicada. En caso necesario, los médicos pueden recomendar fármacos y productos no farmacéuticos, mientras:

- No requieran prescripción médica y sean generalistas, preguntando previamente alergias previas.
- No contradigan una medicación actual que un médico con visita presencial ha recetado.
- Exista un seguimiento de la evolución clínica.

Preferiblemente se indicará el principio activo del fármaco para que pueda ser adquirido por el paciente en la Farmacia. Solo en caso de que el paciente pida un nombre comercial, se podrá indicar nombre comercial del fármaco.

En el supuesto que el usuario manifieste una urgencia, el médico y/o agente de soporte que le atienda inmediatamente procederán a notificar al cliente que utilice el servicio telefónico de emergencias 112.

Gestisep chat médico se podrá usar a través de una aplicación móvil para clientes FIATC.

Esta aplicación se encuentra disponible en nuestra página web www.fiatc.es/movil.

6.2. SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

A través de este servicio, los Asegurados pueden acceder inmediatamente a personal médico cualificado a través de una línea Médica personalizada para resolver sus dudas respecto a los problemas de salud que les afecten, 24 HORAS al día, 365 DÍAS al año. Se podrán solicitar las siguientes peticiones de información:

- Interpretación de análisis clínicos.
- Información sobre la correcta utilización de medicamentos.
- Información médica referente a síntomas, enfermedades y prevención de la salud.
- Asesoramiento sobre preparación de pruebas médicas.
- Asesoramiento sobre tratamientos que tenga o siga el paciente.

El servicio médico aconsejará, a la vista de los datos e información de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno, y orientará al Asegurado hacia el medio sanitario que considere más adecuado, si fuera necesario.

En ningún caso el servicio de orientación médica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno, salvo medicamentos básicos.

Para los casos más graves y urgentes el servicio médico podrá activar los servicios de asistencia sanitaria necesarios, priorizando los servicios públicos de urgencia, siendo por cuenta del beneficiario los gastos que se ocasionen como consecuencia de este servicio.

6.3. SERVICIO DE ACCESO A CUADRO MÉDICO

Este servicio permite la utilización por parte del Asegurado de un cuadro médico formado por una red de profesionales y/o centros médicos a nivel del territorio español, a un precio especial previamente concertado por el Asegurador.

Los Servicios Médicos utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

El Asegurador gestionará la consulta médica solicitada telefónicamente por el Asegurado, que especificará la especialidad solicitada, tipo de consulta y localidad.

A través de la atención telefónica se facilitará al Asegurado información sobre:

- Todos los profesionales médicos a los que se puede acudir en todo el territorio español y el precio de sus consultas y/o servicios.
- Todos los centros y hospitales a los que se tendrá acceso en

todo el territorio español.

- Todos los tratamientos médicos y centros de diagnóstico con sus correspondientes precios.
- Todos los trámites necesarios para acudir al especialista del cuadro deseado.

6.4. SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Se garantiza a los Asegurados la prestación del servicio de Segunda Opinión Médica, por el que el usuario podrá obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio, nacional e internacional y en breve plazo de tiempo, ante cualquier diagnóstico de enfermedad grave, que previamente le haya sido diagnosticada en España.

El Asegurado podrá optar entre:

- Que el servicio médico de segunda opinión médica de traslado de la solicitud a un centro médico especializado, perteneciente a una red nacional e internacional de centros de referencia de reconocido prestigio. Para ello el Asegurado deberá facilitar el informe médico inicial, junto con las pruebas ya practicadas, a fin de estudiar, analizar e informar posteriormente al Asegurado de las condiciones derivadas del estudio.

- Que el servicio médico de segunda opinión médica gestione una consulta médica con un especialista próximo al domicilio del Asegurado en España, que emitirá un informe sobre la situación clínica del Asegurado. Para ello deberá aportar todos los informes y pruebas de las que disponga.

En ningún caso se prestará el servicio en los siguientes supuestos:

- Cuando el Asegurado oculte información o hechos relevantes para la gestión del servicio.
- Solicitudes desproporcionadas en relación con los efectos secundarios sufridos por el Asegurado.
- No quedan cubiertos los gastos de ningún tipo de asistencia sanitaria, traslado y estancia extrahospitalaria que, en algún caso, pudiera requerir la obtención del informe médico de Segunda Opinión garantizado, ni ningún tipo de coste de asistencia sanitaria derivada de las recomendaciones del informe de Segunda Opinión.

6.5. SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO TELEFÓNICO. GESTIÓN DEL DUELO

A petición del Asegurado, un equipo médico le ofrecerá orientación y asesoramiento telefónico de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, duelo, malestar, dudas o preocupaciones relativas a la salud, relaciones familiares, laborales, etc. a fin de proporcionarle apoyo para encontrar una vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

El servicio psicológico aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológico, diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno. Cuando la consulta derive de una situación clínica de urgencia, se activarán los servicios públicos de urgencia, o bien se dirigirá al Asegurado a su médico de cabecera o al especialista que corresponda.

Este servicio se prestará a petición del Asegurado y en horario de lunes a viernes, entre las 9 y las 19 horas, ofreciendo una atención flexible y de fácil acceso.

Para hacer uso de los servicios de esta garantía deben llamar al teléfono de Asistencia e identificarse como Asegurado facilitando su nombre, apellidos y el número de póliza.

NO HACER USO DE LAS COBERTURAS DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS NO DA DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

7. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Servicio de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

7.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza el pago del Capital Asegurado en las

Condiciones Particulares cuando el Asegurado, con posterioridad a la fecha de efecto de la Garantía en Póliza, sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada.

7.2. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La presente garantía ampara los accidentes que ocurran en cualquier parte del mundo.

7.3. COBERTURAS DE LA GARANTÍA

El Asegurador asume las coberturas que a continuación se indican, si están expresamente pactadas en las Condiciones Particulares.

- Fallecimiento ocurrido inmediatamente o dentro del plazo de cinco años contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.
- Invalidez permanente comprobada dentro del plazo de cinco años contados 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:

Pérdida orgánica o funcional:

.....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%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

.....100%

Si el Asegurado es zurdo se invertirá el baremo en lo que corresponda.

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 los artículos treinta y ocho y treinta y nueve de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, o de cualquier otra que sustituya o modifique la citada.

Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente el Asegurado fallece a consecuencia del accidente, dentro del plazo de cinco años contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente, 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 sobrevenida 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, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad máxima de 600 euros.

7.4. PERSONAS NO ASEGURABLES

a) En todos los casos:

- Las personas mayores de 65 años.
- Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.
- Las personas afectadas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo y toxicomanía.

b) Para la garantía en caso de muerte:

- Las personas menores de 14 años.

7.5. EXCLUSIONES

Quedan excluidas de las coberturas de esta Garantía Complementaria y, en consecuencia, no darán derecho a indemnización alguna:

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 catastróficos, 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 sufridos por el Asegurado en estado de enajenación mental, embriaguez, entendiéndose como tal cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa legal vigente en el momento del accidente. Los accidentes ocurridos bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente.

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 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. 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.

7.6. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Tomador del Seguro, el Asegurado o los beneficiarios deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, facilitando toda la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Para el pago de las indemnizaciones, el Tomador o en su defecto los beneficiarios, deberán entregar al Asegurador los documentos que, según corresponda, se indican a continuación:

a) En caso de fallecimiento.

- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que

acrediten el fallecimiento por accidente.

- Partida 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.
- 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) En caso de Invalidez Permanente.

- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el acaecimiento del accidente.
- Certificado médico de alta con expresión del grado de invalidez resultante del accidente.

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.

7.7. RESCISIÓN DE LA GARANTÍA

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

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 de la garantía 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 de la garantía.

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

I. 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 (900 222 665 o 952 367 042).
- 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.

8. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR PARTO

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Servicio de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

8.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador abonará la indemnización diaria señalada en las Condiciones Particulares, durante el período de tiempo en que el Asegurado, si como consecuencia de Enfermedad o Accidente, debiera ser hospitalizado por permanencia ininterrumpida en un centro sanitario, clínica u hospital.

Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo período de hospitalización.

En casos de hospitalización por cualquier tipo de parto, ya sea sencillo o múltiple, normal o distócico, el Asegurador satisfará un

único pago equivalente a diez veces el Capital Asegurado establecido en Condiciones Particulares.

8.2. PERÍODO INDEMNIZABLE

El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en el centro sanitario, clínica u hospital. En ningún caso se indemnizará Capital alguno por aquellas hospitalizaciones inferiores a 24 horas.

El período de indemnización máximo es de 120 días.

8.3. PLAZOS DE CARENCIA

Las coberturas pactadas comenzarán una vez transcurridos, desde la fecha de efecto de esta garantía complementaria, los plazos de carencia establecidos a continuación:

- **Hospitalización: seis meses.**
- **Parto: ocho meses.**

Los plazos de carencia indicados no serán de aplicación en los siniestros derivados de accidente.

8.4. PERSONAS NO ASEGURABLES

En todos los casos:

- Las personas mayores de 65 años.
- Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.
- Las personas afectas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo y toxicomanía.

8.5. EXCLUSIONES

Quedan excluidas de las coberturas de esta Garantía Complementaria y, en consecuencia, no darán derecho a indemnización alguna:

a) Los accidentes y/o sus consecuencias, las enfermedades, las lesiones y los defectos constitucionales o físicos de origen anterior a la fecha de emisión de la presente Póliza.

b) Los siniestros producidos en alteraciones de orden público o guerra, los consecutivos a la energía atómica o nuclear, salvo que sea consecuencia de tratamiento médico, las epidemias y pandemias oficialmente declaradas, las enfermedades o lesiones originadas o producidas por embriaguez, alcoholismo o toxicomanía, las autolesiones y el intento de suicidio.

c) Los accidentes ocurridos en la práctica de cualquier deporte como profesional, así como los ocurridos en la práctica de deportes aéreos, alpinismo, boxeo, artes marciales, actividades subacuáticas con utilización de aparatos de respiración autónoma y los entrenamientos, competiciones y pruebas de velocidad o resistencia con cualquier tipo de vehículo.

d) Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir, sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables.

e) Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.

f) Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad tales como los tratamientos de tipo puramente estético, salvo cirugía reparadora en caso de accidente o quemadura sobrevenida durante la vigencia del seguro.

g) Las enfermedades neurológicas que no estén

diagnosticadas y comprobadas por pruebas de diagnóstico.

h) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.

8.6. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

Salvo en casos de urgencia vital, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar anticipadamente al Asegurador el internamiento en el centro sanitario, clínica u hospital y el día del ingreso.

Una vez efectuada el alta deberá entregarse al Asegurador un certificado médico con la descripción del proceso que origina la hospitalización y las fechas de entrada y salida del centro sanitario, clínica u hospital.

El Asegurador podrá solicitar, complementariamente a lo indicado en el párrafo anterior, cuantos documentos y certificados estime necesarios para la verificación de los siniestros.

En cualquier caso 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.

8.7. RESCISIÓN DE LA GARANTÍA

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

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 de la garantía 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 de la garantía.

9. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REPATRIACIÓN. EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA

Garantía opcional a escoger individualmente por el Asegurado, en función de sus necesidades.

La presente garantía es complementaria a la Garantía de Servicio de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse ésta última.

9.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza, las gestiones y gastos necesarios, para el traslado del Asegurado fallecido en España o Andorra al aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación del país de repatriación identificado en las Condiciones Particulares. Siempre que por parte de las Autoridades Competentes se concedan las oportunas autorizaciones, no exista impedimento alguno para efectuarlo o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

El Asegurado de nacionalidad Extranjera deberá acreditar su condición legal de residente en España o Andorra conforme a la

legislación vigente, para poder percibir las prestaciones de esta Garantía.

El Tomador se obliga a declarar al Asegurador la pérdida de Residencia en España o Andorra de todos o alguno de los Asegurados, entendiéndose como tal pérdida de Residencia los casos en que el Asegurado traslade su Residencia habitual a país distinto a España o Andorra, y en todo caso, cuando sea privado de la Residencia en España o Andorra de conformidad con la legislación vigente.

9.2. GASTOS DE TRASLADO Y GASTOS EN EL PAÍS DE REPATRIACIÓN

Cuando resulte cubierto el traslado del Asegurado fallecido según indica la garantía del artículo Noveno, punto primero, el Asegurador se hará cargo, con un límite de hasta 1.500 Euros, de la recepción, traslado de los restos mortales y gastos incurridos hasta la localidad de inhumación o en su caso hasta la recepción por parte de la funeraria designada por los familiares debidamente acreditados, en el país de repatriación identificado en las Condiciones Particulares. El traslado se realizará por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe y siempre que pueda ser realizado por medios normales de transporte.

9.3. ACOMPAÑAMIENTO DE RESTOS MORTALES

Asimismo, los herederos legales del Asegurado fallecido en España o Andorra, podrán designar a una persona, con residencia en España o Andorra, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), para que pueda viajar desde la localidad de su residencia en España o Andorra, a la localidad de inhumación del país de destino designado en las Condiciones Particulares de la póliza, para acompañar al fallecido y, finalmente, regresar hasta la localidad de su residencia en España o Andorra.

Se excluye el traslado a aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación, incineración y ceremonia.

La cobertura de la presente garantía se extinguirá respecto del Asegurado que pierda su condición legal de residente en España o Andorra.

Es requisito indispensable para la prestación de esta garantía que el Asegurado de la misma tenga la condición legal de residente en España o Andorra en el momento de acaecer el hecho que da derecho a la prestación.

Queda excluido con carácter general el Traslado que no haya sido comunicado previamente al Asegurador y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. Se excluye expresamente el transporte de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.

No hacer uso de cualquiera de las coberturas de la presente Garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

10. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE RESIDENTES. ESPAÑOLES RESIDENTES FUERA DE ESPAÑA

Garantía opcional a escoger individualmente por el Asegurado, en función de sus necesidades.

La presente garantía es complementaria a la Garantía de Servicio de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse ésta última.

10.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los herederos legales del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

La presente garantía será aplicable exclusivamente a los Asegurados para los que expresamente figure contratada en esta póliza, que sean residentes, en cualquier país del mundo, excluyendo a España y cuya nacionalidad sea la española. Independientemente de la duración de la estancia del fallecido en el extranjero.

10.2. ACOMPAÑAMIENTO DE RESTOS MORTALES

Asimismo, los herederos legales del Asegurado fallecido, cuyo traslado está cubierto por esta garantía, podrán designar a una persona, con residencia en España o Andorra, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), para que pueda viajar acompañando al cadáver desde el lugar de ocurrencia del fallecimiento hasta el lugar de inhumación, o viceversa.

Se excluye el traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación, incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Queda excluido con carácter general el Traslado que no haya sido comunicado previamente al Asegurador y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. Se excluye expresamente el transporte de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.

No hacer uso de cualquiera de las coberturas de la presente Garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

11. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES ASEGURADOS

Al término de cada anualidad del Seguro, el Capital Asegurado de cada una de las garantías contratadas, quedará automáticamente revalorizado en función de las variaciones que experimente el Índice de Precios al Consumo (IPC). **Excepto en la garantía de Traslado-Asistencia recogida en el artículo Quinto y en la Garantía Complementaria de Repatriación. Extranjeros Residentes en España recogida en el artículo Noveno.**

Los nuevos Capitales Asegurados serán los resultantes de multiplicar los garantizados en la anualidad anterior por la variación anual experimentada por el IPC en la anualidad en curso, correspondiente a la última variación publicada por el Instituto Nacional de Estadística en el mes de octubre con anterioridad a la fecha de emisión del recibo correspondiente al vencimiento anual.

Para la determinación de la prima correspondiente a cada una de las revalorizaciones de Capital Asegurado anteriormente indicadas se tendrá en cuenta la edad de los Asegurados en las fechas de las citadas revalorizaciones y se estará a lo dispuesto en el artículo Decimotercero relativo a la Determinación de la Prima.

La Revalorización Automática de Capitales Asegurados será de aplicación sobre las cantidades fijas establecidas como límites de cobertura en la Póliza no siendo de aplicación sobre los límites porcentuales establecidos en la misma.

12. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE LA GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO

Para todos los Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares de edad actuarial inferior a 70 años la prima a aplicar, para la garantía de servicio de sepelio, se establece en función del Capital Asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada renovación anual.

Para los Asegurados incluidos en Condiciones Particulares con una edad actuarial igual o superior a 70 años y para los incrementos de Capital Asegurado que se produzcan a partir de los 70 años de edad actuarial, el Asegurador aplicará, sobre los capitales correspondientes, la tarifa de un seguro de vida entera a primas vitalicias, según las bases técnicas vigentes en la entidad, que se revalorizará anualmente en un 5% lineal.

13. PAGO DE PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de la perfección del contrato. Las primas sucesivas deberán hacerse efectivas por el Tomador en los correspondientes vencimientos.

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 que en condición particular se acuerde otra cosa.

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 debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, y salvo pacto expreso en condición particular, **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 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 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.**

El pago de los recibos por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado al Asegurador, 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 al Asegurador salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador.

14. LÍNEA PERMANENTE Y COMUNICACIÓN

Ante un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá indispensablemente comunicarse con el servicio telefónico de urgencia establecido por el Asegurador, indicando: Nombre del Asegurado, número de Póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentre y tipo de asistencia que precise.

15. DECLARACIONES FORMULADAS AL ASEGURADOR

La Póliza se concierta sobre la base de las declaraciones

formuladas por el Tomador de este Seguro realizadas en la Solicitud que existe a tal efecto y que pueden motivar:

- La aceptación del riesgo por parte del Asegurador.
- La asunción por el Asegurador de todas las obligaciones derivadas de este Contrato.
- La fijación de la Prima correspondiente.

La Póliza, junto con la Solicitud debidamente cumplimentada, constituyen la base de este Seguro. Si el contenido de la Póliza difiere del de la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes desde la fecha de emisión de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo se estará a lo dispuesto en la Póliza.

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, debe comunicar por escrito al Asegurador cualquier cambio de domicilio, notificándolo por escrito al Asegurador. En el supuesto de cambio de población se adaptará el contrato a los Servicios Fúnebres vigentes en dicho lugar, obligándose el Asegurador a emitir el correspondiente suplemento.

Si en las declaraciones formuladas por el Tomador al cumplimentar la Solicitud se incurriera en error, ocultación o inexactitud en aquellas circunstancias por él conocidas, y éstas pudieran influir en la valoración del riesgo:

-El Asegurador podrá rescindir la Póliza durante el plazo de un año, a contar desde la fecha de efecto de la Póliza notificándolo por declaración dirigida al Tomador, salvo que éste hubiera actuado con dolo. Si la declaración inexacta hubiese sido relativa a la edad de alguno de los Asegurados y de ello resultase que la prima a pagar hubiera debido ser mayor a la percibida el Asegurador podrá reducir los capitales de cada uno de ése o éstos Asegurados en proporción idéntica a la prima percibida.

-Si, por el contrario, resultase que la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador restituirá inmediatamente el exceso de primas percibidas sin interés.

Si sobreviniese el siniestro antes de que el Asegurador efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre Prima convenida y la que hubiese resultado de aplicarse la información correspondiente a la verdadera entidad del riesgo. En caso de que hubiese existido dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización.

16. INICIO DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

Las garantías de la presente Póliza entran en vigor en la fecha y hora que figuran en la fecha de efecto de las Condiciones Particulares, una vez haya sido firmada por ambas partes y satisfecho el recibo de Prima correspondiente.

Para aquellos nuevos Asegurados que se incorporen con posterioridad a la fecha de efecto de esta Póliza, la cobertura entrará en vigor en la fecha de efecto del suplemento de incorporación correspondiente, siempre que éste se haya firmado y abonado el importe de la prima por el Tomador.

17. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES, siempre y cuando el Asegurado o Tomador del seguro haya pactado el recibo de prima correspondiente, salvo pacto en contrario. El seguro terminará en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

2. A la expiración del contrato estipulado, si el contrato es de duración anual, queda tácitamente prorrogado por un año más, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes hubiera solicitado su rescisión, de acuerdo con lo previsto en el siguiente párrafo.

3. Las partes pueden 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 sea el tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

4. No obstante cuanto antecede, el tomador del seguro, una vez conocida la prima siguiente, según definición del Artículo Preliminar, y de ser ésta superior a la prima inicial siguiente o a las primas siguientes, podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento a partir del último vencimiento sin que sea de aplicación el plazo de preaviso previsto en el presente artículo 18º.

No obstante, el Asegurador está obligado a la prórroga tácita de la Garantía de Servicio de Sepelio siempre que la Póliza se encuentre al corriente del pago de la prima.

El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en las Garantías Complementarias de Accidentes Individuales y de Hospitalización por Enfermedad y Accidente e Indemnización por Parto, al finalizar la anualidad del seguro en que cada Asegurado cumpla 70 años de edad y 65 años respectivamente, salvo pacto en contrario.

18. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación y cambio de beneficiarios son derechos exclusivos del Tomador. El Tomador puede renunciar a estos derechos a favor de otra persona. Dicha renuncia debe ser expresa y por escrito.

El Beneficiario en caso de fallecimiento para cada Asegurado es, salvo designación expresa: cónyuge; en su defecto los hijos por partes iguales; en su defecto, los padres por partes iguales o de vivir un sólo de ellos por la totalidad; y en defecto de todos ellos los herederos legales del Asegurado.

Si los beneficiarios no están designados e identificados por su nombre sino de una forma genérica, como 'el cónyuge', 'los hijos', o 'los herederos', dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- Cónyuge: La persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- Hijos: Todos los descendientes con derecho a herencia.
- Herederos: Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.

En los tres casos deberá hacerse constar si son el cónyuge, hijos o herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, el derecho corresponderá al cónyuge, hijos o herederos del Tomador.

19. COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR

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 atencionalcliente@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.

20. JURISDICCIÓN

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidieran ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro. A estos efectos el Asegurado designará un domicilio en España, en el caso de que el suyo fuera en el extranjero.

procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

21. PRESCRIPCIONES

Las acciones derivadas de esta Póliza prescriben a los cinco años contados desde el primer día en que pudieron ejercitarse.

CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA: DERRAMA ACTIVA Y PASIVA

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 transcurrido 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.

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.

I. 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.

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 Y 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.

3. JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores