



Diagonal, 648 - 08017 Barcelona
Tel. (93) 205 22 13 - Fax (93) 205 27 67

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

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

Tomador: Federación de Taekwondo
de la Comunidad Valenciana
Póliza Número: 57-316

Fecha de Efecto: 1 de Enero de 2016
Fecha de Vencimiento: 31 de Diciembre de 2016

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. En ningún caso se considerará accidente:

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

- b) La apoplejía o accidente cerebrovascular, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades diarias.
- c) Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social, lumbago, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.
- d) La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

ASEGURADOS: Las personas físicas sobre cuyo estado de salud se establecen 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 el médico a un enfermo,

realizando las exploraciones habituales para, con o sin el apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES ESPECIALES: Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas a: la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquimedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radiactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de

aislamiento en enfermos trasplantados).

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

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

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

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

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

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

PRIMA: El precio del seguro. En la Póliza o en el recibo se incluirán los

recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente.

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 3º. SUJETOS Y OBJETO DEL SEGURO

Uno: Sujetos del Contrato.-

El presente contrato de aseguramiento se realiza entre FIATC Mutua de seguros y Reaseguros a Prima Fija, como Asegurador y la FEDERACIÓN DE TAEKWONDO COMUNIDAD VALENCIANA, como Tomador.

Dos: Objeto del Seguro.-

A) ASISTENCIA SANITARIA

1.- Riesgos cubiertos.-

a) El presente seguro garantiza las coberturas de las asistencias médico – sanitarias derivadas de los accidentes que puedan sufrir los asegurados, inscritos en la Federación, en el transcurso de los entrenamientos, práctica, y las competiciones oficiales y/o amistosas, organizadas por la Federación, según los terminos indicados en el Real Decreto 849/93 de 4 de Junio por el que se determinan las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo fijando de forma explícita los siguientes límites:

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

- (ii) En el extranjero hasta 6.010,12 euros, con un límite temporal de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión.
- b) No tendrán concepto de asegurados los deportistas profesionales, aún cuando estén inscritos en la Federación indicada en el punto a) anterior. Se entiende como deportista profesional aquel que vive exclusivamente del deporte contratado en la póliza.

2.- Riesgos excluidos.-

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

- a) Los accidentes que se produzcan en los desplazamientos de ida y vuelta a las actividades cuyos riesgos se cubren en el presente contrato.
- b) No serán a cargo de la Aseguradora los costes asistenciales (intervenciones quirúrgicas pendientes, rehabilitaciones, etc...) derivados de lesiones preexistentes a la firma de la póliza.
- c) Quedan excluidas aquellas asistencias médico - sanitarias de especialidades que no guarden relación con el objeto del seguro descrito en el anterior punto Dos.
- d) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa del mismo y las mutilaciones voluntarias.
- e) Las lesiones y consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de ello por parte del Asegurado de actos delictivos.
- f) Queda excluida la responsabilidad asistencial por parte de la compañía, de las lesiones sufridas en Accidente de

Tráfico, salvo las derivadas de los transportes sanitarios incluidos en las coberturas de esta póliza, así como las lesiones ocasionadas por agresiones personales que pudieran sufrir los deportistas (Cláusula de Subrogación), aunque sean con ocasión de participación en la actividad objeto de cobertura.

- g) Las lesiones sobrevenidas en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajo efecto de estupefacientes.
- h) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y desgarros musculares que no sean consecuencia de lo descrito como definición del objeto del seguro, anterior punto Dos.
- i) Los procesos patológicos derivados de la ingestión de alimentos en mal estado.
- j) Las consecuencias psíquicas de cualquier tipo.

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 extrahospitalaria.

3.- Forma de Prestar los Servicios.-

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

- 1.- La asistencia sanitaria será facilitada por los facultativos,

centros hospitalarios, centros de diagnóstico y asistenciales concertados por FIATC, que se detallarán en el anexo 1 de esta póliza, bajo el epígrafe de “CENTROS CONCERTADOS”. Sólo se cubrirán las atenciones en el Sistema Nacional de Salud siempre y cuando se trate de una urgencia vital y durante las primeras 24 horas del siniestro, después de este periodo FIATC no se hará cargo de ninguna asistencia a no ser que sea en centros concertado.

- 2.- Se incluye como prestación indemnizable los costes por transporte sanitario adecuado del lesionado, desde el lugar de la lesión al centro asistencial concertado más próximo, que haya sido realizado inmediatamente después del accidente y cuando tal servicio resulte necesario para la salud del Asegurado.
- 3.- También quedan cubiertos los gastos de locomoción derivados del proceso de curación garantizado cuando, a criterio del Asegurador y en función de la gravedad de la lesión, sea necesario el traslado por medios especiales. En cualquier caso, requerirá la autorización del Asegurado.
- 4.- Los gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentaria originados por los daños que pudiere 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. 3 Dos a) (i) a realizar en cualquier centro, a elección del asegurado, debiendo presentarse al Asegurador el original de la factura y del recibo emitidos por el centro asistencial.
- 5.- Cada vez que se precise cualquier tipo de asistencia, el asegurado deberá seguir el protocolo de actuación en caso de accidente detallado en el presente contrato y presentar en el centro asistencial concertado o facultativo

al que acuda, el DNI, la ficha federativa y el parte de lesiones en su caso, cumplimentado por el Club o la Federación.

- 6.- Para toda asistencia no de urgencia, el asegurado deberá de solicitar autorización a la Aseguradora, en el lugar y forma que le comunique el Tomador, por medio del Club al que pertenezca el Asegurado.
- 7.- 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".
- 8.- Las exploraciones, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos de rehabilitación, solo podrán ser prescritos por los facultativos del cuadro de la compañía.
- 9.- El asegurado no deberá abonar cantidad alguna al ser atendido por los facultativos ó servicios concertados por el Asegurador y pondrá en comunicación de la Entidad cualquier irregularidad que se produzca en este sentido.
- 10.- El asegurado en ningún caso deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos de la misma especialidad, por un mismo motivo ó dolencia, sin la autorización previa del Asegurador.
- 11.- La prestación de la asistencia sanitaria, salvo pacto en contra especificado en las condiciones particulares, autorización expresa de FIATC o casos de urgencia vital, entendida esta tal y como se describe en el artículo 2, se prestará de forma exclusiva, en los centros concertados que figuran como anexo a estas condiciones generales.

FIATC no se hará cargo de ningún coste de asistencia sanitaria generado por el incumplimiento de esta condición. En el caso de que, por obligación legal, FIATC

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

B) INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES CORPORALES

1.- Riesgos Cubiertos.-

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

- a. Muerte ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capital garantizado 6.010,12 € por persona.
- b. Invalidez permanente comprobada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capital garantizado hasta 12.020,24 € por persona.

Según sea la pérdida orgánica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado, la invalidez permanente puede tener distintos grados de intensidad. Dichos grados, expresados a continuación porcentualmente, indican a la vez la proporción de la suma asegurada que procede indemnizar en cada caso:

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

Si el Asegurado es zurdo, lo cual deberá ser demostrado, se invierte, en lo pertinente, el baremo.

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

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

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

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

Si las partes no se pusiesen de acuerdo en la valoración del grado de invalidez, se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, o de cualquier otra que sustituya o modifique a la citada.

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

2.- Riesgos Excluidos.-

Quedan excluidos de las garantías de la presente póliza:

- a) Los accidentes y/o consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.
- b) Los hechos que no tengan consideración de accidente de

acuerdo con lo estipulado en el Artículo 2°.

- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- d) Los accidentes a causa de guerras, motines, revoluciones, terremotos, maremotos y movimientos sísmicos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarían amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios.
- e) Las lesiones provocadas por sustancias radioactivas o nucleares.
- f) Las consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de comisión por parte del Asegurado de actos delictivos.
- g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajos los efectos de estupefacientes.
- h) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, incluidas las profesionales, siempre y cuando no hayan sido provocadas directamente por traumatismo accidental. Se entenderá expresamente excluido el infarto de miocardio, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.
- i) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias 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 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 Asegurador cualquier enfermedad, estado morbooso o invalidez, preexistentes o sobrevenidos al accidente por causa independiente del mismo. En tales supuestos, el Asegurador responderá solamente de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias ajenas.

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

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

ARTÍCULO 4º.- DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La duración del contrato será de una anualidad, de fecha 01 de enero de 2016 a fecha 31 de diciembre de 2016.

Al tiempo de su vencimiento el contrato quedará extinguido, sin necesidad de comunicación alguna por ninguna de las partes.

ARTÍCULO 5º. 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.

ARTÍCULO 6°. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

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

Dos. El Asegurador entregará al Tomador del seguro la relación de Centros Concertados de la Entidad, con especificación del Centro

Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas concertadas y de las direcciones y de consulta de sus facultativos y centros asistenciales.

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

- a) El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
- b) El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, cónyuge, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consaguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta forma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.
- c) En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 7º. 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 8º. LIBRO DE RECLAMACIONES

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

las que consideren oportunas.

ARTÍCULO 9º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN EN CASO DE LITIGIO

UNO: SERVICIO DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC):

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

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal , núm. 648, -08017- de Barcelona, teléfono 902 110 120, Fax 932 802 216 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es.

El SCAC dispondrá de DOS MESES a contar desde la prestación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

DOS. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de dos meses por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL CLIENTE DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, - 28042- de Madrid.

TRES: 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.

SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA

** CONDICIONES PARTICULARES **

PÓLIZA NUMERO	EFFECTO DEL SEGURO	VENCIMIENTO SEGURO
57 -316	1 DE ENERO DE 2016	31 DE DICIEMBRE DE 2016

AGENTE : RIBE SALAT (CÓDIGO: 5.976)

ASEGURADOR: FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
AVDA. DIAGONAL 648 08017 BARCELONA

TOMADOR: FEDERACIÓN DE TAEKWONDO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
C.I.F.: G-46.448.015 Dirección: c/ Ricardo Micó, 5 46009 VALENCIA

ASEGURADOS: Ostentan tal condición todos los federados en plantilla, los técnicos, el personal sanitario y administrativo de cada Club y los colegiados de las competiciones inscritos en la Federación. La relación de los mismos obra en poder de Fiatc. Quedan excluidos de la cobertura los deportistas profesionales.

BENEFICIARIOS: Los propios Asegurados.

GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Las indicadas en las condiciones generales

* * * * *

2.- LISTADOS

La Federación enviará a la Compañía cada mes un listado en formato Excel con las altas producidas en el que se facilitará la siguiente información: NIF, Apellido 1, Apellido 2, Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento, Categoría, Cobertura, Código Postal, Teléfono 1, Teléfono 2, N° Licencia.

3.-OTRAS CLAUSULAS PARTICULARES

NINGUNA

* * * * *

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro y el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, el Tomador y/o asegurado reconocen haber recibido, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información sobre la legislación aplicable e instancias de reclamación así como el original de las Condiciones Generales y Particulares que rigen la presente póliza, declarando conocer y aceptar íntegramente su contenido y de manera expresa, el de las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en la misma y que son resaltadas de forma especial.

“En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a (Entidad aseguradora). En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro”.