

FIATC SALUD



CONDICIONES GENERALES SALUD

FIATC 
S E G U R O S

ÍNDICE

| | | |
|----|-----------------------|--|
| .. | Artículo Preliminar | Marco Jurídico |
| 7 | Artículo 1 | Definiciones |
| 13 | Artículo 2 | Objeto del seguro |
| 22 | Artículo 3 | Forma de prestar los servicios |
| 29 | Artículo 4 | Período de carencia |
| 30 | Artículo 5 | Formalización del contrato |
| 31 | Artículo 6 | Duración del seguro |
| 32 | Artículo 7 | Pago de primas |
| 33 | Artículo 8 | Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado |
| 35 | Artículo 9 | Otras obligaciones, deberes y facultades del Asegurador |
| 37 | Artículo 10 | Pérdida de derechos y rescisión del contrato |
| 38 | Artículo 11 | Exoneración de responsabilidad |
| 38 | Artículo 12 | Prescripción |
| 38 | Artículo 13 | Comunicaciones entre Tomador y Asegurador |
| 39 | Artículo 14 | Base de cálculo y actualización anual de las condiciones económicas de la póliza |
| 40 | Artículo 15 | Actualización anual de prestaciones |
| 40 | Artículo 16 | Derrama activa y pasiva de FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros |
| 41 | CLÁUSULAS ADICIONALES | |
| 41 | Artículo 17 | Órgano de Control del Asegurador |
| 41 | Artículo 18 | Instancias de reclamación |
| 42 | Artículo 19 | Jurisdicción |
| 43 | Artículo 20 | Cláusula de Protección de Datos |
| 44 | Artículo 21 | Cláusula de Aceptación expresa de las Condiciones Limitativas |

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD

ARTÍCULO PRELIMINAR

MARCO JURÍDICO

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes. Convenidas en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza.

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

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.

Asimismo, las partes quedan sometidas a la legislación vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

ACEPTACIÓN ESPECÍFICA DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS

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

ARTÍCULO 1º.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente

Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurado

La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

Asegurador

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros (en adelante, «FIATC»), entidad que asume los riesgos pactados de forma contractual.

Beneficiario

Asegurado con derecho a recibir la prestación del Asegurador en caso de producirse el siniestro.

Carencia

Es aquel período de tiempo durante el cual una o varias coberturas del seguro no toman efecto, a pesar de haberlo hecho la póliza.

Chequeo

Es la realización de pruebas preventivas periódicas e individualizadas con el fin de determinar factores de riesgo o complicaciones.

Condición de salud preexistente

Aquel estado o condición de salud, incluidas aquellas situaciones no necesariamente patológicas (por ejemplo, embarazo o gestación), que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.

Condiciones particulares

Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Condiciones especiales

Documento integrante de la póliza en el que se concretan las prestaciones aseguradas, así como los límites y demás características de las mismas.

Copago

Importe con el que el Asegurado participa del coste del servicio prestado. Dicho importe será liquidado por la Aseguradora y abonado por el Asegurado con posterioridad a la realización del acto.

Cuestionario o declaración de salud

Declaración realizada por el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al Asegurador para la correcta valoración del riesgo que es objeto del seguro. Dicho documento, que el Tomador o el Asegurado deben cumplimentar de forma cierta y exacta, forma parte integrante de la póliza.

Domicilio del Tomador y del Asegurado

El que figura como tal en las condiciones de la póliza.

DUE (Diplomado Universitario en Enfermería)

Profesional capacitado y habilitado legalmente para desarrollar la actividad de enfermería.

Dolo

Acción u omisión cometida en fraude o engaño con la intención de producir daño u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

Enfermedad o lesión

Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico reconocido legalmente en la localidad o país donde este preste sus servicios.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

Enfermedad, defecto o malformación preexistente

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su incorporación efectiva (alta) en la póliza.

Exclusiones

Las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías asegurables.

Franquicia

Cantidad o porcentaje expresamente pactados, a cargo del Tomador o Asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios. Dicho importe será prefijado para cada acto médico y puede consultarse en <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

Grupo asegurable

Conjunto de personas físicas con alguna característica en común distinta de la intención de asegurarse y que cumplen las condiciones legales para ser aseguradas de manera individual.

Guía Médica / Cuadro médico de la entidad

Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por FIATC en cada provincia. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Guía Médica actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia. Los datos que figuran en la Guía Médica pueden sufrir cambios, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia, se consulte con la entidad, preferentemente a través de la web www.fiatc.es

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 internamientos superiores a 24 horas. Estos centros pueden disponer, además, de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día. A los efectos de la presente póliza, no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o tratamientos de adicciones ni instituciones similares.

Hospitalización

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

Hospitalización de carácter social o familiar

Es el ingreso o la prolongación de la estancia en un hospital por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, a juicio de un médico de FIATC, sino por cuestiones de carácter social o familiar. Tales casos no quedan cubiertos por la póliza.

Hospitalización de día

Cuando una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de la anestesia por un período inferior a 24 horas.

Hospitalización en domicilio

Consiste en la atención médica y de enfermería al paciente que guarde cama 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 bien la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

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 el tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (Cuidados Intensivos, enfermedades coronarias, Neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (Unidad de Quemados, Unidad de Lesionados Raquimedulares); o el aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (Unidad de Infecciosos, Unidad para el Tratamiento con Isótopos Radiactivos), bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (Unidad de Aislamiento para Enfermos Trasplantados).

Intervención quirúrgica

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

Material de osteosíntesis

Pieza o elemento de cualquier naturaleza, no humano, empleado para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

Material ortopédico

Productos sanitarios de uso externo, permanente o temporal que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético, sin que su implantación requiera una intervención quirúrgica.

Médico

Doctor o licenciado en Medicina, legalmente autorizado para ejercerla y tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

Médico de Familia Determinado en Póliza

En la modalidad de Seguro de Salud Completo “MediFiatc Advance”, es el médico asignado para cada uno de los asegurados que conocerá su historial médico, realizará las derivaciones a los médicos especialistas y prescribirá medios de diagnóstico. El acceso al Médico especialista será obligatorio que se realice previa visita al Médico de Familia asignado, excepto para las especialidades que se establezcan en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Completo.

Médico especialista o Especialista

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

Modalidad Acto Médico

Tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el Asegurado.

Plazo o período de carencia

Intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la póliza. Dicho plazo se computa desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Período de seguro

Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el vencimiento de la póliza, o bien el que transcurra durante una prórroga.

Póliza

Conjunto de documentos que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares que identifican el riesgo y las especiales si las hubiera, así como los suplementos, anexos o apéndices que se emitan para complementarla o modificarla. También forman parte integrante de la póliza la Guía Médica de la entidad y la tarjeta sanitaria personal de cada Asegurado.

Prestación

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes condiciones.

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. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso

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

Prótesis

Todo elemento que reemplaza a una parte corporal ausente o efectúa la función total o parcial de un órgano.

Servicios de urgencia a domicilio

Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia, prestada por un médico generalista, pediatra o puericultor y DUE.

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.

Solicitud de seguro

Cuestionario, facilitado por FIATC, en el que el Tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

Tomador del seguro

Es la persona física o jurídica que, juntamente 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 del paciente de forma que su vida o capacidad funcional se vean amenazadas.

Urgencia extrema o vital

Cuando en la situación de urgencia el riesgo es de muerte inminente, de grandes lesiones o incapacidades y este requiere un tratamiento lo más inmediato posible.

ARTÍCULO 2º.

OBJETO DEL SEGURO

2.1. RIESGOS CUBIERTOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes condiciones generales, en las particulares, en las especiales y, en su caso, en los suplementos o apéndices de póliza que se emitan, y mediante el pago de la prima, los copagos y las franquicias que en cada caso correspondan, FIATC se compromete a poner a disposición del Asegurado un equipo sanitario, contenido en la Guía Médica de la Entidad, destinado a la prestación de servicios de salud en función de la modalidad de seguro contratada por el Tomador, y que se especifica en las condiciones particulares y especiales de la póliza.

Las modalidades de contratación son las siguientes:

- **Seguro de salud básico Start**, que permite al Asegurado solicitar la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico Start y en las Condiciones Particulares de la póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales. **Quedan expresamente excluidos de cobertura en el seguro de salud básico Start los internamientos hospitalarios, así como cualquier tipo de intervención quirúrgica y las urgencias hospitalarias, así como el reembolso de gastos en caso de que la prestación la realice un facultativo que no forma parte de la Guía Médica de la Entidad, o que la realice en lugar que no figure en dicha Guía Médica.**

• **Seguro de salud completo**, que permite al Asegurado solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Completo y en las condiciones particulares de la póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales. **Queda expresamente excluido el reembolso de gastos en caso de que la prestación la realice un facultativo o centro hospitalario que no forma parte de la Guía Médica de la Entidad, o que la realice en lugar que no figure en dicha Guía Médica.**

• **Seguro de salud completo “MediFiatc Advance”**, que pone a disposición del Asegurado un Médico de Familia asignado que le asistirá y derivará a los Médicos especialistas necesarios para restablecer su salud y le pautará los medios precisos para su diagnóstico, así como los tratamientos más adecuados. A efecto de poder dar un mejor servicio y acompañamiento el Médico de Familia asignado tendrá acceso e información que FIATC dispone sobre las prestaciones recibidas por el Asegurado (que no comprende datos de salud).

La visita al Médico de Familia asignado y la prescripción por éste, será, salvo para las especialidades que se establezcan en las Condiciones Especiales de Salud Completo, requisito previo para acceder al Médico especialista.

Una vez que el Médico de Familia asignado haya realizado una derivación a una especialidad médica concreta, el Asegurado podrá escoger el profesional que desee de los que constan en la Guía Médica de la Entidad.

La derivación se realizará por un periodo máximo de tres meses, transcurrido el cual, de necesitar el Asegurado continuar siendo atendido por parte del Médico especialista, deberá acudir nuevamente al Médico de Familia asignado para que prorogue dicha derivación.

El Asegurado, de manera simultánea, puede tener como máximo tres derivaciones activas a tres especialidades.

Así, el Asegurado no tendrá acceso a Médicos especialistas si previamente no se ha producido una derivación por parte del Médico de Familia asignado, o si el período por el cual se ha producido dicha derivación ha finalizado.

En todo lo no descrito en el presente apartado, el Seguro de Salud Completo con Acceso Tutelado se regirá por lo dispuesto para el Seguro de Salud Completo.

En particular, queda expresamente excluido el reembolso de gastos en caso de que la prestación la realice un facultativo o centro hospitalario que no forma parte de la Guía Médica de la Entidad, o que la realice en lugar que no figure en dicha Guía Médica.

- **Seguro de reembolso**, que permite al Asegurado solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Completo con Reembolso de Gastos y en las condiciones particulares de la póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales. Asimismo, esta modalidad permite, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Especiales y particulares de la póliza, el reembolso de gastos médico-quirúrgicos devengados por servicios realizados por facultativos que no constan en la Guía Médica de la Entidad, o realizados fuera de los centros que constan en dicha Guía Médica. El reembolso quedará circunscrito, en todo caso, a las especialidades, pruebas e intervenciones cubiertas dentro de la Guía Médica de la Entidad, tal y como se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza.

El Seguro se basa en la libre elección de médicos y centros hospitalarios exclusivamente de entre los recogidos en la Guía Médica de FIATC, según corresponda por la modalidad de Seguro contratada, salvo en el caso de la modalidad de Seguro de Salud Completo con Reembolso de Gastos y con la particularidad en cuanto a los requisitos de acceso al Médico especialista del Seguro Salud Completo “MediFiatc Advance”, exclusivamente de entre los detallados en la Guía Médica de FIATC.

Solo se cubrirán las atenciones en el Sistema Nacional de Salud cuando se trate de una urgencia vital de conformidad con lo previsto en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, sujeto en todo caso a lo previsto en el artículo 3 de las presentes Condiciones Generales de la póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

FIATC no se hará cargo de ningún coste de asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria generado fuera del ámbito de cobertura referido en el párrafo anterior y, en consecuencia, en todo caso, FIATC se reserva el derecho a reclamar al Asegurado el recobro de los gastos de asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria que haya tenido que abonar a cualquier tercero por servicios prestados fuera del ámbito de cobertura de la presente póliza.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios, en las condiciones de acceso que, en su caso, estén establecidas, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de FIATC por los actos de aquellos, sobre los que FIATC no tiene capacidad de control por la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. FIATC es totalmente ajena a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales o centros sanitarios. Entre las coberturas de este Contrato de Seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados, siempre dentro de lo establecido en las Condiciones Especiales aplicables al seguro contratado.

La prestación de los servicios garantizados por la póliza se realizará en aquellas poblaciones en las que FIATC disponga de facultativos o centros concertados, según se dispone en la Guía Médica de la Entidad, sin que quepa indemnización o compensación alguna cuando en la población de residencia del Asegurado, o en la que se encuentre en el momento de requerir el servicio garantizado en póliza, la entidad no disponga de los medios concertados suficientes para realizar la prestación. El Asegurador prestará la asistencia descrita anteriormente, asumiendo el coste de la misma mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieran realizado la prestación.

Anualmente se analizará la integración en las coberturas de esta póliza de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica. En este sentido FIATC pondrá a disposición de sus Asegurados información sobre dichas incorporaciones en cobertura, así como las condiciones de éstas en cuanto a copagos o franquicias, a través de su página web www.fiatc.es.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

Las anteriores coberturas tienen validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si este trasladara su domicilio fuera de España, las coberturas de la presente garantía se extinguirán automáticamente.

2.2. RIESGOS EXCLUIDOS:

Con independencia de la modalidad de seguro contratada, serán de aplicación las siguientes exclusiones de cobertura:

- A. **Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes o congénitas siempre que fueran conocidos por el Tomador o Asegurado antes de la conclusión del contrato y no declarados por el mismo, así como sus consecuencias y/o secuelas, según el cuestionario al que le haya sometido el Asegurador, salvo en los supuestos que la Ley prevea algo distinto. El Tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios o de cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o bien si, en el momento de la suscripción, padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. En este caso, la afección se considerará como preexistente o congénita y, en consecuencia, quedará excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes o congénitas, la entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en caso de aceptarla, el derecho a incluir la correspondiente cláusula de exclusión de la cobertura de las mismas, así como de las secuelas derivadas de ellas. No se excluirá de cobertura aquellas patologías que ni hayan presentado sintomatología ni sean conocidas por el Tomador o Asegurado en el momento de la conclusión del contrato, ni aquellas cuya exclusión la Ley prohíba expresamente.**
- B. **Los daños producidos a consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo, los causados por epidemias y pandemias declaradas oficialmente, los que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).**
- C. **La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o**

accidentes sufridos por dolo del Asegurado. La asistencia derivada de intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como la derivada de los accidentes sufridos bajo los efectos de dichas intoxicaciones.

- D. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones de velocidad y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo, como el toreo y encierro de reses bravas; de la práctica de la caza; de la práctica de deportes peligrosos, tales como buceo, bobsleigh, boxeo, artes marciales, escalada, carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, hípica, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting y barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa, así como cualquier otra actividad de las denominadas de aventura salvo la aceptación expresa de las actividades en las Condiciones Particulares de cada póliza.
- E. La asistencia sanitaria derivada del uso indebido de los Vehículos de Movilidad Personal, que incluye Patinetes eléctricos, Scoters eléctricos, Monociclos eléctricos, Segway o Hoverboard.
- F. La cámara hiperbárica, el tratamiento con diálisis y hemodiálisis y el de riñones artificiales, salvo aquellos casos incluidos en las Condiciones Especiales.
- G. El diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas estéticas y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación realizados con fines puramente estéticos o cosméticos. Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fines estéticos, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos, tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía o presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular, así como la ortoqueratología, salvo aquellos casos incluidos en las Condiciones Especiales. Quedan igualmente excluidas las consecuencias y complicaciones derivadas de los actos e intervenciones excluidos en este apartado.
- H. Todo tipo de trasplantes o autotrasplantes de órganos, así como injertos o autoinjertos de órganos, tejidos, células o componentes celulares, salvo aquellos casos incluidos en las Condiciones Especiales.
- I. Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, dispositivos

hemostásicos, piezas anatómicas y ortopédicas, a excepción de las prótesis y sistemas de fijación internas traumatológicas, válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular mencionados expresamente en las Condiciones Especiales del seguro, con el coste límite por intervención especificado en la póliza, siendo imprescindible que la compra de las mismas sea gestionada a través de la Organización Asistencial FIATC. Se excluyen, además, corazones artificiales, implantes de columna y biomateriales o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en la póliza, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas.

- J. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria, salvo aquellos casos incluidos en las condiciones especiales.
- K. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se administren al asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario, o se deriven de una intervención quirúrgica que no precise de internamiento hospitalario. En cualquier caso, quedan también excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales y cualquier tratamiento oncológico sistémico que sea de uso ambulatorio, aunque su dispensación y, o diagnóstico deba ser hospitalario. Así como también, la quimioterapia oral, la subcutánea, y cualquier forma de administración que no sea estrictamente la intravenosa, incluso en procesos que requieran el internamiento del paciente en un centro hospitalario con o sin pernoctación. En los tratamientos oncológicos solo se cubrirán los tratamientos de quimioterapia administrados de forma intravenosa. Quedan excluidas todo tipo de vacunas, así como también los tratamientos biológicos, (anticuerpos monoclonales, inmunoterapia antitumoral, la terapia genética, endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos, los sensibilizadores usados en terapia fotodinámica y en radioterapia. Excluida la braquiterapia, la radioterapia de intensidad modulada, la radiocirugía y la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal o adaptada a la respiración. Queda excluida expresamente la radioterapia mediante protones o neutrones.
- L. En psiquiatría y psicología clínicas, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o

farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o la narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, así como del desarrollo de origen diverso. En los casos de Psicología clínica se excluyen los supuestos no descritos en las Condiciones Especiales del producto y con las limitaciones marcadas en las mismas.

- M. Todas las técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser o radiofrecuencia, excepto en la adenoamigdaloplastia y la cirugía de los cornetes nasales y el resto de supuestos recogidos expresamente en las Condiciones Especiales.
- N. Los gastos de viaje y desplazamiento, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la póliza.
- O. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o bien cuando se conviertan en terapia de mantenimiento ocupacional; la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de origen diverso. Queda excluida la estimulación precoz.
- P. Las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la excepción exclusiva de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura y descritas a tal efecto en las Condiciones Especiales del producto. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no estén demostradas. Quedan excluidas la Medicina Regenerativa, la Medicina Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas y la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo y los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- Q. Aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínica no estén científicamente contrastadas o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, o hayan sido manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente,

quedan excluidos aquellos procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento, así como los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Queda igualmente excluida cualquier tecnología sanitaria, incluyendo los medicamentos que sean admitidos en la práctica clínica habitual tras la firma del contrato.

- R. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, tales como hoteles, balnearios, centros de spa, asilos, residencias y centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque estén prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
- S. La hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- T. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, las vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos, salvo lo que esté incluido expresamente en las Condiciones Especiales de la póliza.
- U. La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También están excluidos el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de fecundación asistida, salvo aquellos casos incluidos en las Condiciones Especiales. Queda excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil. Queda excluida la cirugía fetal.
- V. Queda excluido el examen anatómico y/o analítico en aquellos casos en los que no exista viabilidad fetal.
- W. Terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, drenaje linfático, mesoterapia, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente, salvo aquellos casos incluidos en las Condiciones Especiales.
- X. Cualquier asistencia sanitaria no incluida o expresamente excluida en la descripción de cobertura de las Condiciones Especiales de la póliza.
- Y. La alta tecnología médica diagnóstica o terapéutica, salvo lo detallado en las Condiciones Especiales correspondientes a la modalidad contratada.

- Z. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño y los tratamientos o modalidades de radioterapia, además de sus indicaciones médicas que no se detallan expresamente en estas condiciones generales.
- AA. La odontología endodóncica, periodóncica y ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología, la cirugía ortognática y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos, salvo lo que figure expresamente incluido en las Condiciones Especiales de la póliza.
- BB. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- CC. La cirugía de la obesidad.
- DD. La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, incluidos los neuronavegadores y el sistema Carto, así como los tratamientos que utilicen láser, salvo lo expresamente incluido en las Condiciones Especiales de la póliza.
- EE. La cirugía de cambio de sexo.
- FF. Los gastos por uso de teléfono, televisión y pensión alimenticia del acompañante en la clínica, así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria necesaria.
- GG. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada y las plataformas de microrrayas con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fines de pronóstico o diagnóstico, si este se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica.
- HH. La Tomografía por Emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las Condiciones Especiales de la póliza.

ARTÍCULO 3º.

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

3.1. La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro, de acuerdo con las condiciones de la póliza, se prestará allí donde la entidad cuente con cuadros médicos concertados (según la Guía Médica de la Entidad) y se realizará por los facultativos, clínicas y otros establecimientos allí incluidos.

Cuando en la Guía Médica de la entidad de cualquier población que le corresponda al Asegurado en función de su domicilio habitual no exista alguno de los servicios descritos en la cobertura del Contrato, el Asegurado podrá elegir el facultativo o centro concertado por la entidad de la población del territorio nacional que estime más idónea. Los gastos de desplazamiento correrán siempre a cargo del Asegurado.

El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia, siempre que se cumplan todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

FIATC no se hará cargo de los honorarios de facultativos ajenos a su Guía Médica, ni de los gastos de internamiento hospitalario o servicios que los mismos pudieran prescribir. Tampoco se hará cargo de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la Aseguradora, sea cual sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que la Aseguradora hubiera autorizado previamente los mismos. Todo ello a salvo de lo dispuesto en la cobertura de Reembolso de Gastos dentro de las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Completo con Reembolso de Gastos. Se exceptúan las prestaciones por motivo de Urgencia Vital siempre que se sometan a la autorización de la Entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones de la Aseguradora a disposición del Asegurado, así como en la web de la entidad, www.fiatc.es.

3.2. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá presentar la tarjeta sanitaria personal FIATC (o cualquier medio que acredite que quien acude al facultativo está Asegurado en FIATC y al corriente de pago de los recibos de prima), que el Asegurador le entregará a tal efecto, y deberá firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos.

En su caso, el Asegurado también deberá mostrar el documento de autorización previsto en la presente cláusula. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante al Asegurador para abonar el coste de la prestación.

Por su parte, el Asegurado abonará por el servicio recibido el importe que se establezca en las Condiciones Especiales de la modalidad de Seguro contratada,

en concepto de franquicia o bien, de copago si ha contratado una modalidad de Seguro cuyo uso genere un copago a cargo del Tomador.

El Asegurado efectuará el pago de las franquicias directamente al profesional o centro que haya prestado los servicios franquiciados. El importe de las franquicias podrá ser actualizado por FIATC de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

En cambio, en el caso de copagos aplicables a una prestación asegurada, el importe de los mismos será cargado por la Aseguradora incluyendo su importe en la siguiente prima periódica del seguro.

En las Condiciones Especiales de la póliza se indicará, si los hubiere, los servicios sujetos a copagos y/o franquicias. En ocasiones los copagos o franquicias de determinados servicios pueden ser elevados por lo que es importante que el asegurado tenga conocimiento de los mismos. El asegurado podrá conocer en todo momento el importe de los copagos y/o franquicias vigentes accediendo a la página web de FIATC a través de <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

3.3. En particular, la cobertura de la prestación tendrá lugar de la forma siguiente:

a) ASISTENCIA DOMICILIARIA

Las visitas domiciliarias se efectuarán cuando el Asegurado no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a causa de la enfermedad que padezca. En los casos de urgencia, deberá acudir al servicio permanente que tenga establecido el Asegurador, en los centros de urgencias cuyas direcciones figuran en la Guía Médica de la entidad, a excepción de los Asegurados que contraten un Seguro de Salud Básico Start, para los que se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico Start en lo referido al Servicio de Urgencia a Domicilio.

La entidad se compromete a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figure en la póliza, siempre y cuando dicho servicio esté concertado por la entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo deberá ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de

8 días a dicha modificación. La entidad se compromete a emitir el suplemento correspondiente.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, debido al estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario sea médicamente desaconsejable.

La asistencia domiciliaria será prestada exclusivamente por médicos de Medicina General o Médicos de Familia, en ningún caso por Médicos Especialistas, pertenecientes o no a la Guía Médica de la entidad.

b) LIBRE ELECCIÓN DE FACULTATIVO

La asistencia por parte de un especialista concertado dentro de la Guía Médica se realizará en el consultorio del facultativo, al cual se podrá acudir por propia iniciativa o por indicación de otro médico de la Entidad, a excepción del Seguro de Salud Completo "MediFiatc Advance", para el que será precisa la previa derivación por parte del Médico de Familia asignado, salvo para el acceso a las especialidades designadas en las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Completo, respecto a las que se exceptúa esta derivación previa.

c) HOSPITALIZACIÓN

Lo dispuesto en el presente apartado no será de aplicación a los Asegurados a los que resulten de aplicación las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico, por no disponer de cobertura de hospitalización.

La hospitalización o prestación de un servicio asistencial deberá ordenarlas por escrito un médico de la entidad y el Asegurado tendrá que obtener su confirmación por parte de las oficinas de la misma. Una vez otorgada, esta vinculará económicamente a la entidad, salvo que en dicha confirmación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

En los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la entidad, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la misma dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. En este último supuesto, la entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre la hospitalización o el servicio asistencial requeridos.

Para que la entidad se haga cargo de los gastos, será requisito indispensable que la hospitalización haya tenido lugar en el centro más próximo al lugar donde se haya producido la urgencia vital, que en lo posible figure en la Guía Médica de la Entidad. En caso de que no se cumplan estas premisas, en cuanto sea posible se deberá trasladar al Asegurado a un centro concertado con la entidad.

Las autorizaciones de internamiento en centros hospitalarios facilitadas por la entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordene el ingreso.

Para obtener una o más prórrogas de los días de hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlas a la entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones de estancia al respecto. En ningún caso se aceptarán como motivo de permanencia problemas de tipo social, familiar o laboral (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

d) PRÓTESIS

Lo dispuesto en el presente apartado no será de aplicación a los Asegurados a los que resulten de aplicación las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico, por no disponer de cobertura para la realización de intervenciones quirúrgicas.

Las prótesis irán a cargo del Asegurado, a excepción de las prótesis y sistemas de fijación internos traumatológicos, válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular, **que quedarán garantizados hasta el límite especificado en las Condiciones Especiales de la póliza y con el requisito imprescindible de que la compra de las mismas sea gestionada y autorizada por FIATC.**

e) SERVICIOS ASISTENCIALES

Los servicios asistenciales podrán requerirse en función de lo establecido en los diferentes apartados de la Guía Médica de la entidad.

f) ENFERMERÍA

El servicio de enfermería podrá solicitarse cuando la enfermedad no permita al Asegurado trasladarse normalmente al centro asistencial que tenga establecido la entidad.

g) URGENCIAS DOMICILIARIAS

Los servicios de urgencias domiciliarias serán prestados por los servicios que tenga concertados la entidad para tales efectos y que figuren en la Guía Médica de la propia entidad y en el dorso de la tarjeta sanitaria personal de cada Asegurado. La asistencia prestada irá a cargo de un médico generalista, un pediatra o un DUE.

h) PARTOS

Lo dispuesto en el presente apartado no será de aplicación a los Asegurados a los que resulten de aplicación las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico, por no disponer de cobertura de hospitalización.

Los partos, tanto los normales como los distócicos, serán asistidos por un tocólogo auxiliado por una matrona en centros adecuados para tal fin.

i) AUTORIZACIONES

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, las de especialistas y las de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos, a excepción de lo dispuesto para el Seguro de Salud Completo "MediFiatc Advance". Requerirán autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos, la medicina preventiva y los trasplantes que se encuentren cubiertos, y detallados en las Condiciones Especiales de la póliza.

Las prestaciones sanitarias que requieran la autorización expresa previa por parte del Asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico, siendo necesario, en el caso en que así lo requiera la entidad, presentar un informe del médico prescriptor además de la citada prescripción. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con la entidad y el motivo de la prestación tendrá que estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Una vez otorgada la autorización, esta vinculará económicamente a la entidad dentro de los límites detallados en la misma, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. En

los casos de asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden de un médico, pero el Asegurado, en los supuestos en que la urgencia derive en un ingreso hospitalario, deberá obtener la confirmación escrita de la entidad dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.

En este último supuesto, la entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

En el caso de Asegurados a los que resulte de aplicación las Condiciones Especiales del Seguro de Salud Básico, no será posible el ingreso hospitalario a cargo de la póliza aun en caso de urgencia.

j) TARJETA SANITARIA PERSONAL FIATC

FIATC facilitará a los Asegurados la tarjeta MEDIFIATC, que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por períodos de tiempo. El Asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la tarjeta de MEDIFIATC; no obstante, cuando el médico o el centro que preste el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el documento nacional de identidad.

Cada acto sanitario prestado requerirá un único pase de la tarjeta, que se podrá efectuar en soporte de papel o por datáfono.

Asimismo, FIATC podrá proporcionar cualquier otro medio indubitado y complementario a la tarjeta sanitaria que permita el acceso a los servicios garantizados en la póliza.

La tarjeta MEDIFIATC es personal e intransferible y FIATC se reserva la posibilidad de emprender las acciones legales que procedan respecto al uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a FIATC a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la tarjeta MEDIFIATC al finalizar la vigencia del Seguro.

k) DERIVACIONES

Lo dispuesto en el presente apartado será de aplicación exclusivamente en el Seguro de Salud Completo “MediFiatc Advance”.

Se entiende por derivación el acto por el que el Médico de Familia determinado en póliza permite el acceso de un Asegurado a una especialidad concreta, por un tiempo prefijado. La derivación se hará a una especialidad y no a un Médico especialista concreto, de modo que será elección del Asegurado a qué Médico especialista concreto acudir.

La derivación se realizará por el tiempo que el Médico de Familia determinado considere prudentemente que puede ser necesario para el restablecimiento del estado de salud del Asegurado, pudiendo prorrogarse por parte de dicho Médico de familia.

El Asegurado, de manera simultánea, podrá tener como máximo tres derivaciones activas a tres especialidades distintas.

I) ASIGNACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA

En el Seguro de Salud Completo “MediFiatc Advance”, el Médico de Familia determinado será de libre elección para el Asegurado de entre los que tenga a su disposición la Entidad. En el momento de la contratación FIATC asignará al Asegurado el Médico de familia que se halle más cerca de su código postal.

Es facultad del Asegurado solicitar libremente el cambio de Médico de Familia determinado, tantas veces como estime necesario y por el motivo que considere.

ARTÍCULO 4º. PERÍODO DE CARENIA

Las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez que el mismo haya tomado efecto. **No obstante**, para determinadas garantías, salvo pacto en contrario recogido en las condiciones particulares de la póliza para cada uno de los Asegurados, **será necesario que hayan transcurrido los períodos de carencia detallados en las Condiciones Especiales de la póliza**

De forma excepcional, en casos de urgencia vital, de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la vigésimo octava semana de gestación, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato, excepto para la medicación oncológica cuando la administración se realice de forma ambulatoria.

ARTÍCULO 5°.

FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato ha sido concertado de acuerdo con las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado en el cuestionario previo, que han servido como base para la aceptación del riesgo y el establecimiento de la prima.

El contrato de seguro y sus modificaciones no surtirán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de la prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las condiciones particulares.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a FIATC que subsane la divergencia existente en el plazo de 1 mes a contar desde la entrega de la póliza.

Si transcurre dicho plazo sin haber efectuado ninguna reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considerará que existe contratación de un seguro a distancia cuando, para su negociación y celebración, se utilice exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros medios similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 00:00 horas del día siguiente a aquel en que el Tomador haya prestado su consentimiento, salvo que se concierte otra fecha por acuerdo expreso. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito. El Asegurador está obligado a entregar la póliza al Tomador del seguro. El Tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones

Particulares, de las Condiciones Generales y de las Condiciones Especiales de la póliza si las hubiere, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El Tomador, cuando sea consumidor (esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia), dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

ARTÍCULO 6º.

DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de esta Póliza y a su vencimiento se prorrogará por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea FIATC. Asimismo, FIATC deberá comunicar al Tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro incluidas las franquicias y/o copagos aplicables durante la siguiente anualidad.

En caso de que la oposición sea realizada por FIATC encontrándose el Asegurado hospitalizado, se cubrirá el tratamiento hasta la fecha en que este obtuviera el alta médica hospitalaria del proceso por el cual estaba hospitalizado, salvo renuncia del Asegurado a seguir con el tratamiento.

ARTÍCULO 7º.

PAGO DE PRIMAS

Primero. El Tomador del Seguro, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima mediante domiciliación bancaria, salvo que se acuerde otra cosa en las Condiciones Particulares. Las primas a cuyo pago queda obligado el Tomador del Seguro son anuales, pudiendo pactarse el pago fraccionado de las mismas.

Con este fin, el Tomador del Seguro entregará a FIATC los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el pago de los recibos de este seguro, y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos suscribiendo los documentos necesarios para que FIATC recabe dicho consentimiento.

Segundo. La primera prima o fracción de la misma será exigible, conforme con la Ley de Contrato de Seguro en la fecha de toma de efecto del contrato que consta en las Condiciones Particulares del mismo; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, FIATC tendría derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza y, si no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el Asegurador quedaría liberado de su aplicación salvo pacto en contrario. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el Asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

Tercero. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de esta, la cobertura del Asegurador quedará **suspendida 1 mes** después del día del vencimiento del recibo y, si FIATC no reclama el pago dentro de los **6 meses** siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volvería a tener efecto transcurridas **24 horas** del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el Asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

El Tomador del Seguro puede solicitar el fraccionamiento del pago de las primas anuales en períodos semestrales, trimestrales o mensuales. En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

FIATC queda obligada únicamente en virtud de los recibos librados por ella misma o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago de los recibos de prima 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 emitido por el Asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del Seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

En las Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de la prima.

ARTICULO 8º.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Primero. El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las obligaciones siguientes:

- a) Declarar, de acuerdo con el Cuestionario al que este lo someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. El Asegurado queda obligado a declarar las patologías sobrevenidas entre la realización del Cuestionario de Salud, al que ha sido sometido por parte del Asegurador, y la fecha del alta de la póliza. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no lo somete al Cuestionario o cuando, aun sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan inferir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en el mismo
- b) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si el Tomador del Seguro rechaza la propuesta.

c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de su notificación y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, adaptándose la prima a la nueva situación. En el caso de hijos recién nacidos de madre Asegurada, cualquiera de sus progenitores podrá solicitar la incorporación automática de éstos en su póliza en el plazo máximo de un mes desde su nacimiento, aplicándose un período de carencia no superior al que faltase por consumir al progenitor en cuya póliza sea/n Asegurado/s.

Lo anterior no obsta para que los hijos recién nacidos de madre Asegurada reciban la asistencia necesaria hasta el alta hospitalaria del puerperio, incluyendo, su fuera necesario, aquella asistencia que por motivos de urgencia vital fuera necesario prestarles hasta dicha alta, sean o no Asegurados en la póliza de sus progenitores.

d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

e) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, si el Asegurador hubiera cubierto la asistencia, el Asegurado, o en su caso el Tomador, estarán obligados a facilitar a FIATC los datos y colaboración necesarios para que el Asegurador pueda iniciar las acciones de recobro pertinentes.

f) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada a posteriori por la información médica facilitada por el Asegurado.

g) Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación del carné de FIATC. Igualmente, estará obligado a mostrar su documento nacional de identidad o,

en su caso, un documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuese requerido.

Segundo. El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de 1 mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone la Ley de Contrato de Seguro.

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 9º.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

a) 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 la Ley de Contrato de Seguro, así como el resto de documentos que haya suscrito el Tomador.

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro y, en su defecto, del beneficiario, tendrá la obligación de expedir una copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la póliza original si esta apareciese.

b) El Asegurador entregará al Tomador del seguro una tarjeta sanitaria FIATC por cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza.

La Guía Médica podrá ser actualizada por FIATC mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que la integren.

A estos efectos, la Guía Médica actualizada se encontrará a disposición del Tomador, en todo momento, a través de la página web de FIATC (www.fiatc.es), o en las oficinas del Asegurador, previa solicitud por escrito de la misma.

FIATC no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

c) El Asegurador, una vez asumidos los gastos derivados de los servicios sanitarios, 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 dichos gastos.

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.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a la responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, cónyuge, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. No obstante, 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.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a terceros responsables, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

d) Cuando el Asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del seguro o el Asegurado en la declaración o cuestionario de salud con anterioridad a la suscripción de la póliza, podrá rescindir el contrato mediante una declaración dirigida al Tomador del seguro o, en su caso, al Asegurado en el plazo de 1 mes desde que tenga el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso perderían el derecho a la prestación garantizada.

ARTÍCULO 10°.

PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO

Primero. El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de 1 mes, a contar desde la fecha en que este tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que se haga esta declaración.

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

b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la Prima, salvo pacto en contrario

c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.

Segundo. Si el Tomador hubiera declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de uno o más Asegurados al solicitar el seguro, FIATC solo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediera los límites de admisión establecidos por el Asegurador. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador estará obligado a pagar a FIATC la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a este en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiera correspondido pagar según su verdadera edad. Si la prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

ARTÍCULO 11º.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la entidad pone a disposición del Asegurado y de quienes este solicita la asistencia gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **FIATC no responderá en ningún caso de los actos u omisiones de los profesionales y centros** y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre estos y los Asegurados totalmente ajena a FIATC.

ARTÍCULO 12º.

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los 5 años desde el día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 13º.

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 fiatc@fiatc.es.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de su domicilio, además de por cualquier otro medio escrito, incluido el correo electrónico que estos hubieran facilitado.

No obstante, lo anterior, en caso de que en el presente contrato se haya designado como mediador a un Corredor de Seguros, el Tomador o Asegurado presta su consentimiento expreso para que las comunicaciones que afecten a esta póliza, cualquiera que fuese su contenido, puedan ser comunicadas por el Asegurador directamente al Corredor, desplegando dicha comunicación plenos efectos de validez y eficacia respecto al Tomador o Asegurado.

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.

ARTÍCULO 14.

BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

La entidad, anualmente, podrá modificar las primas, actualizar, en su caso, el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, o bien revisar las prestaciones teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y reAseguradoras, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Al recibir la notificación de las anteriores actualizaciones para la siguiente anualidad, el Tomador del seguro podrá optar entre la prórroga del contrato, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al Asegurador su voluntad de dar por finalizada la relación contractual a su término dentro del plazo de preaviso de un mes previsto en el artículo 6 de las presentes Condiciones Generales.

En cualquier caso, cada vez que se modifiquen las garantías del presente contrato por la inclusión o exclusión de prestaciones, se emitirá a tal efecto un suplemento en el cual se harán constar dichas modificaciones.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del Contrato de Seguro. La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figure en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. El Tomador da su conformidad a las variaciones que se produzcan por tal motivo, tanto dentro de una misma anualidad como en cada vencimiento en el importe de las primas.

ARTÍCULO 15°.

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRESTACIONES

La entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y reAseguradoras, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de la incorporación posterior de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasen a formar parte de las coberturas de la póliza como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica.

En caso de que el Tomador del Seguro reciba la comunicación del Asegurador relativa a la inclusión o exclusión de prestaciones y garantías mediante la emisión a tal efecto del suplemento correspondiente (lo que deberá notificarse con una antelación mínima de 2 meses respecto a la fecha de su efectividad), aquel podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas prestaciones y garantías, o la extinción del mismo al vencimiento del período de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada la relación contractual a su término.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación por parte del Tomador del Seguro del conjunto de las nuevas condiciones del Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 16°.

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS

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 periodo de seguro en curso, subsistiendo la responsabilidad de satisfacer la derrama pasiva.

CLÁUSULAS ADICIONALES

ARTÍCULO 17º.

CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA: ÓRGANO DE CONTROL DEL ASEGURADOR

El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros, dependiente del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa.

ARTÍCULO 18º.

CLÁUSULA ADICIONAL SEGUNDA: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Reglamento de Defensa del Cliente de FIATC, se encuentra a disposición de los señores Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648, -08017- de Barcelona, así como en la página web www.fiatc.es.

1. 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 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. PROCEDIMIENTO JUDICIAL:

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo con lo establecido en el artículo siguiente.

ARTÍCULO 19º.

CLÁUSULA ADICIONAL TERCERA: JURISDICCIÓN

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

Con expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

ARTÍCULO 20º.

CLÁUSULA ADICIONAL CUARTA: CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS

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

¿Quién va a responsabilizarse de los datos personales facilitados?

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS (FIATC)

¿Por qué recogemos datos personales?

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

¿Podemos tratar los datos personales que nos proporciona?

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

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

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

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

¿Qué derechos tiene?

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

Información adicional Puedes consultar información detallada sobre la protección de datos por parte de FIATC en:

<https://www.fiatc.es/proteccion-de-datos>

ARTÍCULO 21°.

CLÁUSULA ADICIONAL ÚLTIMA: CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN EXPRESA DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido, leído y examinado detenidamente el contenido de esta Póliza de Salud, que consta de unas Condiciones Particulares, otras Condiciones Especiales, más estas Condiciones Generales compuestas por un artículo preliminar más 21 artículos, y acepta las condiciones de todas ellas, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, asimismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de cobertura, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por la LOSSEAR y su Reglamento, así como también información sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la legislación vigente en materia de Protección de Datos de carácter Personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe el Asegurador, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento.

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

FIATC
S E G U R O S

www.fiatc.es