Liberty Specialty Markets

afemefa SALUD - DECESOS

PÓLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES DEPORTIVOS

REAL DECRETO 849/1993

- **Si con anterioridad al accidente cubierto un miembro ya presentaba amputaciones o limitaciones funcionales, la indemnización será la diferencia entre la incapacidad preexistente y la resultante después del accidente.**

4.- Incapacidad permanente absoluta por accidente deportivo

Si como consecuencia directa de un ***accidente deportivo*** cubierto por la póliza, ocurrido durante el ***periodo contractual***, el ***Asegurado*** sufre una lesión corporal, una pérdida anatómica o una disminución funcional que le inhabilita de forma previsiblemente irreversible para el desempeño de toda profesión u oficio remunerados, el ***Asegurador*** indemnizará con el ***capital asegurado*** pactado para esta cobertura.

No obstará para el pago de la indemnización el hecho de que la situación de incapacidad permanente absoluta sea revisable por agravación o mejoría, en los términos de la legislación vigente.

IV.- EXCLUSIONES

El Asegurador no será responsable bajo esta póliza respecto de:

1. **Los accidentes sufridos por el Asegurado con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza de seguro.**
2. **Las lesiones corporales como consecuencia de enfermedades congénitas y enfermedades preexistentes, anteriores a la contratación de la póliza; ni las lesiones corporales ocurridas durante la vigencia de la póliza que sean agravadas o provocadas en parte por dicha preexistencia.**
3. **Los accidentes que no tengan la consideración de accidente deportivo, incluyendo los que deriven de sobreesfuerzos, tendinitis y similares y, por tanto, no sean objeto de cobertura a través de esta póliza.**
4. **Las lesiones corporales y enfermedades como consecuencia de intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos o curas no motivadas por un accidente cubierto por la póliza.**
5. **Las patologías degenerativas y lesiones derivadas de ellas, aún cuando se hayan manifestado por la práctica deportiva (artrosis, artritis reumatoide, osteocondritis, tendinitis, hernias discales, etc.).**
6. **Las lesiones corporales y patologías derivadas de la práctica habitual y repetida de la actividad deportiva, así como microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónicas (codo de tenista, codo de golf, rodilla de saltador, tendinitis del manguito, patología de las inserciones, etc.), o tales como patologías degenerativas y las lesiones corporales derivadas de ellas (artrosis, artritis reumatoides, hernias de cualquier clase, etc.).**
7. **Las lesiones corporales y sus consecuencias, derivadas de vicios posturales propios del crecimiento.**
8. **Los procesos considerados enfermedades del aparato locomotor (artritis sépticas, enfermedad de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuytren, etc.).**
9. **Las hernias de cualquier clase, excepto las producidas como consecuencia de un accidente deportivo que sea objeto de cobertura a través de esta póliza.**
10. **Los accidentes causados por mala fe del Asegurado o los provocados intencionadamente por el Asegurado, las lesiones corporales autoinfligidas, así como el suicidio y sus tentativas.**
11. **Los accidentes derivados de la participación del Asegurado en actos delictivos, salvo que hubiese actuado en legítima defensa.**

12. **Los accidentes ocasionados por imprudencias graves o negligencias del Asegurado cuando así sean tipificadas judicialmente.**
13. **Las lesiones corporales ocasionadas por agresiones personales que pudiera sufrir un Asegurado durante la práctica de la actividad deportiva.**
14. **Los accidentes ocasionados por el Asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez etílica o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas o estupefacientes. A estos efectos se considerará que existe embriaguez etílica o que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de dichas sustancias cuando se superen los niveles tolerados por la legislación vigente en materia de conducción de vehículos a motor.**
15. **Los accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas atípicas, la caída de cuerpos siderales y aerolitos; y en general los riesgos calificados como extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros, según legislación vigente en cada momento, dado que serán cubiertos por dicha entidad.**
16. **Los accidentes ocasionados como consecuencia de terrorismo, conflicto armado, guerra, hostilidades militares, invasión, revolución, rebelión, insurrección, sedición, motín y tumulto popular, así como hechos actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz; y en general los riesgos y daños que el Consorcio de Compensación de Seguros tampoco cubre por calificarlos como extraordinarios, en cumplimiento de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, tales como los calificados como catástrofe nacional.**
17. **Las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura, excepto cuando el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
18. **El envenenamiento, reacciones alérgicas y las intoxicaciones producidas ingestión de alimentos.**
19. **Los accidentes causados directa o indirectamente por reacción o radiación nuclear, la contaminación radioactiva y demás manifestaciones de la energía nuclear, la contaminación química o la contaminación bacteriológica.**
20. **Las anginas de pecho, cardiopatías, infartos de miocardio, accidentes cerebro vasculares, derrames cerebrales, síncopes, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.**
21. **Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una federación deportiva, organismo o club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.**
22. **Los accidentes que resulten de la práctica como aficionado de deportes considerados de riesgo: paracaidismo, parapente, salto base, ala delta, ascensión en globo o cualquier otro deporte aéreo; escalada, espeleología, descenso de barrancos y cañones, deportes de invierno incluyendo esquí y snowboard; puénting, saltos desde acantilados, descenso libre en bicicleta, automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus disciplinas; equitación y polo; deportes subacuáticos con equipo autónomo, esquí náutico, kitesurf, hidrospeed, rafting y descenso de aguas bravas en todas sus modalidades; boxeo y cualquier tipo de lucha; caza, tauromaquia y encierros de reses bravas; salvo que se incluya expresamente en la póliza.**
23. **Los accidentes que resulten de actividades deportivas, incluyendo pruebas y entrenamientos, que no pertenezcan o no estén homologadas por la federación deportiva que actúa como Tomador de la póliza.**

24. **Los accidentes ocurridos durante la práctica privada del deporte promovido por la federación que actúa como Tomador de la póliza; salvo que se incluya expresamente en la póliza.**
25. **Los accidentes ocurridos viajando en cualquier medio de transporte, ya sea público o privado, ni siquiera los ocurridos en los desplazamientos al o desde el lugar de celebración de la competición oficial o del entrenamiento.**

V.- SINIESTROS

1.- Fecha del siniestro

La fecha de ocurrencia del ***accidente***. **No tendrán la consideración de siniestro, y por tanto no serán indemnizables, las consecuencias de *accidentes* ocurridos con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la póliza.**

2.- Notificación: cuándo notificar

El ***Tomador*** o el ***Asegurado*** o el ***beneficiario*** deberán comunicar por escrito al ***Asegurador*** cualquier siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo descubierto. En caso de incumplimiento de este deber, el ***Asegurador*** podrá reclamar los daños y perjuicios que la falta de declaración o declaración tardía le haya podido ocasionar.

3.- Notificación: a quién notificar

Cualquier notificación descrita anteriormente ha de ser comunicada por escrito al ***Asegurador***.

La notificación remitida a Liberty Mutual Insurance Europe Limited deberá ser enviada a:

Liberty Mutual Insurance Europe Limited, Sucursal en España.
Paseo de la Castellana 31, 3ºa 28046, Madrid.
Tel: + 34 91 032 59 75
E-mail: accidentes@libertyglobalgroup.com

4.- Notificación: qué notificar

Es responsabilidad del ***Tomador***, del ***Asegurado*** o, en su caso, del ***Beneficiario*** probar la existencia del siniestro y presentar la correspondiente declaración debidamente documentada, facilitando información sobre las circunstancias y consecuencias del ***accidente***, e incluyendo la documentación requerida de acuerdo con lo indicado en el párrafo siguiente. **El Asegurador quedará liberado del cumplimiento de la obligación derivada de la prestación en el caso de que no se facilite dicha documentación**.

El ***Tomador***, el ***Asegurado*** o el ***Beneficiario*** deberá presentar al ***Asegurador*** la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la cobertura que corresponda, acreditando también la pertenencia del ***Asegurado*** en la fecha de ocurrencia del siniestro al grupo de riesgo que corresponda. La documentación indicada a continuación se detalla de manera enunciativa pero no limitativa, de modo que en el caso de que se precise documentación adicional o distinta a la detallada para cada cobertura, el ***Tomador***, el ***Asegurado*** o el ***Beneficiario*** deberá presentar al ***Asegurador*** la documentación que éste precise.

Servirá con que se aporte fotocopia de la documentación, salvo que por alguna razón justificada sea necesario que la documentación que se aporte sea la original o que la fotocopia esté compulsada por cualquier Administración Pública.

En caso de que se produzca cualquiera de los escenarios contemplados a continuación, además de la documentación indicada para cada supuesto, el ***Tomador***, el ***Asegurado*** o el ***Beneficiario*** deberá aportar al ***Asegurador*** toda clase de información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que el ***Asegurador*** precise.

- En caso de fallecimiento por ***accidente***:
  - Certificado literal de defunción del Registro Civil.

- Certificado médico oficial de defunción emitido por el médico que asistiese al asegurado y en el que se detalle el historial y naturaleza del accidente que haya ocasionado la muerte.
- DNI del Asegurado y de los beneficiarios.
- Copia de la licencia federativa en vigor en el momento de ocurrencia del accidente, que acredite que el ***Asegurado*** pertenece al grupo asegurado en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como acreditación del ***capital asegurado*** que procede indemnizar.
- Parte o informe del accidente y documento que acredite que el fallecimiento sucede como consecuencia del ***accidente*** y la fecha en la que ocurre (certificado médico, autopsia, informe toxicológico, diligencias judiciales, atestado...)
- Designación expresa de ***Beneficiario***/s efectuada por el ***Asegurado***, en caso de que exista.
- Certificado del Registro de Últimas Voluntades, testamento, declaración de herederos.
- Libro de familia y documentación que acredite la personalidad de los ***Beneficiarios***.
- Justificante del ingreso de la liquidación del impuesto de sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la administración tributaria competente.
- Datos bancarios donde debe realizarse el abono de la indemnización.

- En caso de incapacidad permanente parcial o de incapacidad permanente absoluta por ***accidente***:
  - DNI del ***Asegurado***.
  - Copia de la licencia federativa en vigor en el momento de ocurrencia del accidente, que acredite que el ***Asegurado*** pertenece al grupo asegurado en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como acreditación del ***capital asegurado*** que procede indemnizar.
  - Parte o informe del accidente.
  - Informe médico del ingreso en urgencias o documento que acredite la fecha y circunstancias en las que ocurre el ***accidente***.
  - Informe médico detallando cuáles son las secuelas definitivas.
  - Dictamen y/o Resolución expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (u otro organismo que resulte competente) que acredite el tipo de incapacidad permanente resultante del accidente.
  - Datos bancarios donde debe realizarse el abono de la indemnización.

5.- Pago de la indemnización

Una vez recibida toda la documentación y verificadas las consecuencias del siniestro, el ***Asegurador*** abonará la indemnización pactada en las Condiciones Particulares de la póliza para la cobertura o coberturas que correspondan, que será el que estuviera vigente en la fecha del siniestro, en un plazo no superior a quince (15) días laborables.

El ***Asegurador*** efectuará el pago del importe mínimo que pueda resultar, según las circunstancias que sean conocidas, dentro de los cuarenta (40) días a partir de la recepción de la declaración de siniestro. En todo caso, será de aplicación lo recogido en los artículos 18 y 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

El pago de cualquier indemnización que el ***Asegurador*** deba realizar, bien al ***Asegurado***, bien a cualquiera de sus ***Beneficiarios***, será abonado única y exclusivamente en una cuenta bancaria domiciliada en España o en cualquier país perteneciente al Espacio Económico Europeo y de la cual sea titular dicho ***Asegurado*** o dicho ***Beneficiario***, según corresponda.

En caso de desacuerdo entre las partes en relación con el importe de la indemnización, superado un plazo de cuarenta (40) días cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito su aceptación. Si pasado este plazo una de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla en los ocho (8) días siguientes a la fecha en que dicha parte sea requerida por la que sí hubiera designado el suyo. De no hacerlo, se entiende que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo. Si no hubiese acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de común acuerdo, y si no existiese este acuerdo, será designado por un juez de primera instancia del domicilio del ***Tomador***, debiendo este tercer perito emitir dictamen en el plazo máximo de treinta (30) días desde su nombramiento. Este dictamen final será vinculante para ambas partes, salvo impugnación por el ***Asegurado*** en el plazo de ciento ochenta (180) días, o por el

Asegurador en el plazo de treinta (30) días. Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero y resto de gastos ocasionados, serán satisfechos por mitad entre el ***Asegurado*** y el ***Asegurador***. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una gradación desproporcionada de la incapacidad, será la responsable única de dichos gastos.

6.- Subrogación

Una vez abonados los gastos de Asistencia Sanitaria, el ***Asegurador*** podrá ejecutar el derecho a las acciones que como consecuencia de un siniestro correspondieran al ***Asegurado*** frente a los responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización abonada por dichos gastos.

VI.- CONDICIONES DE APLICACIÓN GENERAL

1.- Suma asegurada y cúmulos máximos

Se conviene que el *Suma asegurada / Capital asegurado* será a el importe que el *Asegurador* deberá pagar en concepto de indemnización al *Asegurado* o a sus *Beneficiarios* en caso de siniestro. Para cada cobertura queda establecido en el apartado "Coberturas Contratadas y Capitales Asegurados" de estas Condiciones Particulares.

Asimismo, se conviene que el *Cúmulo máximo por siniestro* será el importe máximo a pagar por el *Asegurador* por todas las indemnizaciones resultantes de cada *siniestro* amparado por la póliza, con independencia tanto del número de coberturas afectadas como del número de *Asegurados* afectados por dicho *siniestro*.

Igualmente, se conviene que el *Cúmulo máximo por siniestro por periodo contractual* será el importe máximo a pagar por el *Asegurador* por todas las indemnizaciones resultantes de todos los *siniestros* amparados por la póliza, con independencia tanto del número de siniestros, coberturas afectadas y número de *Asegurados* afectados.

2.- Cesión de Derechos

Ningún cambio, modificación o cesión de derechos bajo esta Póliza serán efectivos, salvo que se realicen mediante un suplemento escrito en nombre del *Asegurador*.

3.- Personas no asegurables

- **Las personas con enajenación mental, las personas alcohólicas y/o toxicómanas. En caso de que se produzca alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la póliza, el *Tomador* o el *Asegurado* deberán comunicarlo al *Asegurador* tan pronto como sea posible.**
- **Las personas que en la fecha de efecto de la póliza se encuentren en situación de incapacidad temporal, o que se encuentren tramitando su expediente de incapacidad por la causa que sea, o que tengan concedida una incapacidad permanente total por la causa que sea, o que tengan alguna enfermedad profesional diagnosticada.**

4.- Administración del contrato

Se establece que la administración de la póliza sea nominada.

En la fecha de efecto de la póliza, el ***Tomador*** debe facilitar al ***Asegurador*** la relación de asegurados, incluyendo los siguientes datos:

- Nombre y apellidos
- NIF
- Fecha de nacimiento

El ***Tomador*** comunicará al ***Asegurador***, con la periodicidad que se acuerde entre las partes y mediante fichero electrónico, las altas y bajas de asegurados en el colectivo, incluyendo sus correspondientes fechas de efecto.

Liberty Specialty Markets

Al finalizar la anualidad, en base a las comunicaciones recibidas, el ***Asegurador*** emitirá el correspondiente suplemento y recibo de prima calculado a prorrata por el periodo que corresponda.

Si bien con carácter general **no quedará cubierto ningún *Asegurado* que no haya sido comunicado al *Asegurador* para su inclusión en la póliza con antelación a la fecha de ocurrencia del siniestro**, en caso de que exista un posible error y/u omisión no intencionado de comunicación, el ***Asegurador*** dará cobertura en caso de siniestro siempre y cuando se acredite la existencia de tal error administrativo, aportando el documento que justifique el alta del ***Asegurado*** en el colectivo con anterioridad a la fecha de ocurrencia del siniestro, y siempre que la causa del siniestro sea un riesgo cubierto en la póliza.

5.- Duración del contrato

La duración del contrato queda especificada en las presentes Condiciones Especiales. Al finalizar dicho periodo, el contrato se prorrogará automáticamente por el plazo de otro año, y así sucesivamente, salvo pacto en contrario.

En todo caso, la cobertura de seguro para cada *Asegurado* particular se extinguirá al término de la anualidad en la que el *Asegurado* cumpla los setenta (70) años de edad.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos un mes de antelación 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 el *Asegurador*.

Del mismo modo el ***Asegurador*** deberá comunicar al ***Tomador*** cualquier modificación del contrato de seguro con al menos dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso.

6.- Deber de información a los asegurados

De conformidad con lo previsto en el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el ***Tomador*** asume el compromiso de facilitar a los ***Asegurados*** toda la información relativa a sus derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro.

VII.- CLAUSULA DE SANCIONES

El ***Asegurador*** no otorgará cobertura ni será responsable del pago de indemnizaciones, gastos o cualquier otra prestación por ***siniestros***, ***accidentes*** o cualquier otro evento cuando de cualquier forma el otorgar dicha cobertura o realizar dicho o prestación exponga al ***Asegurador***, o al Grupo del ***Asegurador***, a cualquier sanción, prohibición o restricción económica, comercial o de cualquier clase bajo cualquier resolución de Naciones Unidas, o bajo cualquier normativa, legislación o regulación de la Unión Europea, Estados Unidos de América, Reino Unido, España o cualquier otro estado o jurisdicción.

VIII.- PROTECCIÓN DE DATOS

Como utiliza Liberty Specialty Markets sus datos personales

Liberty Specialty Markets se toma muy en serio la protección de sus datos personales y se ha comprometido a proteger su privacidad. Hay varias compañías distintas dentro de nuestro grupo empresarial. La empresa concreta que actúa como responsable de sus datos personales será la entidad que haya emitido su ***Póliza*** tal y como se especifica en la documentación que le facilitamos. Si tiene dudas respecto a quién es el responsable de los datos personales a los que se refiere el presente documento, puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos ("DPD") en cualquier momento por correo electrónico en dataprotectionofficer@libertyglobalgroup.com o por correo postal a Liberty Specialty Markets 32-36, BOULEVARD D'AVRANCHES (as of 1.3.2019) L-1160, Luxemburgo.

Recogemos sus datos personales para la suscripción de seguros, realizar y gestionar propuestas, cotizaciones y contratos de seguro, proporcionando nuestros servicios de seguros, ocupándonos de cualquier ***Reclamación*** o queja que pueda surgir, previniendo y detectando fraudes y efectuando pagos de conformidad con las obligacioneslegales aplicables a las entidades de seguros y reaseguros. Sus datos personales también se usarán para actividades empresariales y de gestión, como gestión y análisis financieros. El tipo de datos personales que recopilamos dependerá de nuestra relación con usted: por ejemplo, como ***Asegurado***, tercero demandante o testigo de un incidente. También recopilamos información personal sobre nuestros proveedores y socios comerciales (como corredores de seguros) para fines de gestión comercial y desarrollo de relaciones.

Procesamos sus datos personales sobre la base jurídica de que es necesario ejecutar y llevar a cabo el contrato de seguro y todos los fines legítimos relacionados con la gestión de ese contrato. Para atender adecuadamente el contrato de seguro y cumplir con nuestras obligaciones legales y administrativas internas, podemos compartir sus datos personales con las compañías de nuestro grupo y terceros, como corredores de seguros, agencias de referencia crediticia, gestores de Reclamaciones, reaseguradores, peritos, abogados, asesores profesionales, nuestros reguladores o agencias de prevención de fraudes, otras aseguradoras y reaseguradoras o proveedores de servicios de Informática.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos. Asimismo, puede ejercitar el resto de los derechos garantizados por la normativa europea y española aplicable en materia de protección de datos personales. Para más información en cómo se usan sus datos personales y los derechos que usted tiene, por favor vea el aviso de privacidad disponible en www.libertyspecialtymarkets.com/privacy-cookies. Por favor contacte con nuestro Delegado de Protección de datos (DPD) en dataprotectionofficer@libertyglobalgroup.com o use los anteriores detalles si usted quiere obtener el aviso de privacidad en copia física.

IX.– INFORMACIÓN PREVIA AL TOMADOR. DISPOSICIONES INTERNAS Y EXTERNAS PARA QUEJAS Y RECLAMACIONES

En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el ***Asegurador*** informa sobre las siguientes cuestiones:

INFORMACIÓN SOBRE EL *ASEGURADOR*

Este contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con la Sucursal en España de Liberty Mutual Insurance Europe Limited, que actúa bajo la Marca Comercial de Liberty International Underwriters, entidad domiciliada en 32-36, BOULEVARD D'AVRANCHES (as of 1.3.2019) L-1160, Luxemburgo.

Liberty Mutual Insurance Europe Limited, Sucursal en España, con domicilio en Paseo de la Castellana 31, 3ºA, 28046 Madrid, se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de Entidades ***Aseguradoras*** de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0174.

Sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el Estado miembro a quien corresponde el control del ***Asegurador*** es Luxemburgo y, dentro de dicho estado, la entidad ésta regulada y supervisada por el *Commissariat Aux Assurances* del Gran Ducado de Luxemburgo (http://www.caa.lu/fr/accueil). Conforme al art. 123 del referido RD 1060/2015, de 20 de noviembre, se hace constar expresamente la no aplicación de la normativa española en materia de liquidación de entidades Aseguradoras.

Usted podrá encontrar información relativa al informe sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador en nuestra página web o bien, a solicitud.

INFORMACIÓN SOBRE LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato se regirá por la Ley de 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, salvo en caso de que el ***Tomador*** cumpla con los requisitos legalmente establecidos para que los riesgos

cubiertos por esta Póliza tengan la consideración de "grandes riesgos" según se encuentran definidos en el Artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, en cuyo caso el contrato se regirá por los propios términos y condiciones previstos en esta Póliza y, en su defecto, por la legislación mercantil y civil española de aplicación.

Las instancias de reclamación, tanto internas como externas son las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Servicio de Atención al Cliente
Pedro de Valdivia 10, planta 5ª
28006 Madrid
Teléfono: **91 793 45 00**
Fax: **91 793 45 99**
Correo electrónico: atonclieliberty@terra.com

El Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de "Liberty Mutual Insurance Europe Limited, Sucursal en España" y en el domicilio del Servicio de Atención al Cliente en España.

La normativa aplicable a este procedimiento es la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN

1) **En caso de disputa, el *Asegurado* podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.**
2) **Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.**
3) **Igualmente, podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.**
4) **Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, *Asegurados* y Beneficiarios podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, , ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de *Reclamaciones*, con domicilio en el Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid,** http://www.dgsfp.mineco.es/***Reclamaciones***/ **) en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del *Asegurador* en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o *Reclamación* o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído.**

X.– CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004 de 29 de octubre, y modificado por la ley 12/2006 de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben

obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2.- Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964 de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el articulo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia, que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
h) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1

del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del asegurado.
j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
k) Loscorrespondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3.- Franquicia

a) En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.
b) En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.
c) En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4.- Extensión de la cobertura

a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.
b) En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido debe tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

- En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones, se requiera.

- Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción ni pudiera demorarse.

- Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.
- La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

XI. – RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN

El *Tomador* reconoce y acepta expresamente que ha recibido la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación el Estado Miembro del domicilio del *Asegurador* y su Autoridad de Control, así como la denominación social, forma jurídica y el domicilio social del *Asegurador*.

Asimismo, y como acuerdo adicional a las Condiciones Particulares, el *Tomador* reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Particulares, Especiales y Generales que forman parte de la Póliza de seguro y 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 de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el *Tomador* estampa su firma a continuación.

En Madrid a 27 de Agosto de 2023

El *Tomador*

Firma y sello:

Liberty Specialty Markets

CONDICIONES GENERALES

1.- Formación del contrato

La solicitud y el cuestionario de declaración del riesgo cumplimentado por el ***tomador***, junto con esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados.

El ***tomador*** tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al ***asegurador***, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. El ***asegurador*** podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al ***tomador*** en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del ***tomador***. Corresponderán al ***asegurador***, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del ***tomador*** quedará el ***asegurador*** liberado del pago de la prestación.

2.- Agravación del riesgo

El ***tomador*** o el ***asegurado*** deberán durante la vigencia del contrato comunicar al ***asegurador***, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. En los seguros de personas el ***tomador*** o el ***asegurado*** no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El ***asegurador*** puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el ***tomador*** dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, el ***asegurador*** puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al ***tomador***, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al ***tomador*** la rescisión definitiva. El ***asegurador*** igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al ***asegurado*** dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el ***tomador*** o el ***asegurado*** no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el ***asegurador*** queda liberado de su prestación si el ***tomador*** o el ***asegurado*** ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del ***asegurador*** se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

3.- Perfección, efecto y duración

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del ***asegurador*** comenzarán a las veinticuatro horas del día en que ambos hayan sido cumplimentados.

Las coberturas de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en las Condiciones Particulares. La duración del contrato será la determinada en las Condiciones Particulares. Únicamente si se hubiera pactado así expresamente, este contrato podrá prorrogarse tácticamente por periodos de un año.

4.- Pago de la prima

El ***tomador*** está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. En la póliza se indicará expresamente el importe de las primas devengadas por el seguro

o constarán los procedimientos de cálculo para su determinación. En este último caso se fijará una prima provisional, que tendrá el carácter de mínima y será exigible al comienzo de cada ***período contractual***.

Si por culpa del ***tomador***, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el ***asegurador*** tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el ***asegurador*** quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del ***asegurador*** queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el ***asegurador*** no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el ***asegurador*** sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el ***tomador*** pagó su prima.

5.- Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben entre las partes a los cinco años desde el momento en que pudieron ejercitarse.

6.- Extinción del seguro

Si durante la vigencia del contrato se produjera la desaparición del interés o del riesgo, desde ese momento el seguro quedará extinguido y el ***asegurador*** tiene derecho a hacer suya la parte de prima no consumida.

7.- Comunicaciones

Las comunicaciones por el ***tomador*** o el ***asegurado*** o el ***beneficiario*** dirigidas al ***asegurador*** se realizarán en el domicilio del ***asegurador*** señalado en la póliza o, en su caso, a través del corredor.

Las comunicaciones del ***asegurador*** al ***tomador*** o al ***asegurado*** se realizarán al domicilio del ***tomador*** señalado en la póliza, salvo que éste mismo haya notificado al ***asegurador*** el cambio de su domicilio. Las comunicaciones efectuadas por el corredor del seguro al ***asegurador*** en nombre del ***tomador*** surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio ***tomador del seguro*** en contrario de éste.

El pago del importe de la prima efectuado por el ***tomador*** al corredor no se entenderá realizado al ***asegurador*** salvo que, a cambio, el corredor entregue al ***tomador*** el recibo de prima del ***asegurador***.

Es preciso que las partes comuniquen cualquier cambio de domicilio para poder realizar con éxito cualquier comunicación futura.

Cobertura de Asistencia Sanitaria por Accidente Deportivo

ASEGURADOR

El asegurador que prestará la cobertura de asistencia sanitaria establecidas en el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio, será la **ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL** (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) (en adelante, indistintamente referida como la "Compañía" o la "Entidad", la "Aseguradora" o el "Asegurador", o "Mutualidad"):

DOMICILIO SOCIAL: Pº de las Delicias 48, 1º.-
Tfno.: 915 280 582-
28045 MADRID
FONDO MUTUAL: 297.624,74 EUROS

Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria Reglamento de Prestaciones

Cláusula preliminar

El presente Reglamento de Prestaciones constituyen el texto en el que se contienen las obligaciones y derechos de los Asegurados y de la Aseguradora ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) (en adelante, indistintamente referida como la "Compañía" o la "Entidad", la "Aseguradora" o el "Asegurador", o "Mutualidad").

REGULACIÓN.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la "Ley"), y demás normas que lo complementan y por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación.

Igualmente al presente contrato le son aplicables la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras y reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Además de la normativa anterior, le es de aplicación el Real Decreto 1430/2002, de 27 de Diciembre por el que se aprueba el reglamento de Mutualidades de Previsión social, por lo dispuesto en el presente Reglamento de Prestaciones y, en su caso, por lo convenido en las condiciones Particulares.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador del seguro, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos y en vigor.

SUPERVISIÓN.

La actividad aseguradora que lleva a cabo ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) está sometida al control de las autoridades del Estado Español, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del órgano competente a tal efecto.

DEFINICIONES

Accidente. Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, derivada de una causa violenta e impredecible, súbita, externa y ajena a la voluntad o intencionalidad del Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Asegurador/a Entidad Aseguradora: AFEMEFA. Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija entidad que asume el riesgo contractualmente pactado por medio de la Póliza

Atención en Domicilio: Asistencia del Médico o del A.T.S. / D.U.E. definidos en esta cláusula, al Asegurado y precisamente en el domicilio que figure en la Póliza, en el caso de que la patología del enfermo requiera cuidados

especiales. Esta asistencia se llevará a cabo previa prescripción del Médico y no incluirá la asistencia de tipo social, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios que la presten en el domicilio del Asegurado.

A.T.S. /D. U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería respecto enfermedades o lesiones cubiertas por la garantía de la Póliza.

Autorización Previa: Es la necesaria para determinados servicios específicos relacionados como tales en el Cuadro Médico, los cuales sólo pueden ser prestados bajo la cobertura si cuentan con dicha autorización.

Beneficiario: El Asegurado que, en caso de siniestro, ha de recibir la prestación de que se trate.

Carencia (o "Plazo o Período de Carencia)": Período de tiempo en el cual no entran en vigor, a partir de la "fecha de efecto" del seguro, algunas de las coberturas incluidas dentro de la garantía de la Póliza. Se computa desde la "fecha de efecto" que, como tal, figura en las Condiciones Particulares de la Póliza y por meses completos, para cada uno de los Asegurados incluidos en aquélla.

Competicion Oficial: aquella organizada u homologada por la Federacion, no siendo objeto de cobertura aquellas competiciones no organizadas por la misma o no incluidas en su calendario de actividades.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en las que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por el Asegurador, con su dirección, teléfono y horario.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza, que sirve al Asegurador para la evaluación y aceptación, en su caso, del riesgo que es objeto del Contrato de Seguro y la fijación del importe de la Prima.

Cuota o prima: Constituye el precio o importe del seguro, que el Tomador/Asegurado/ Mutualista ha de pagar a la Entidad. La Prima o cuota contiene los recargos, tasas e impuestos legalmente aplicables. La Prima del seguro tiene periodicidad anual, aunque se fraccione su pago.

Enfermedad. Toda alteración no accidental 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, Lesión, Defecto o Deformación Congénitos: 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 Asegurado.

Enfermedad Prexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, haya sido detectada anteriormente la enfermedad o no.

Exclusiones: las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías de la póliza.

Hospital: Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento Médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un Médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas. No se considerarán hospitales, a efectos de la Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, e instituciones similares.

Hospitalización: Representa el hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

Hospitalización a domicilio. Asistencia del médico genera lista y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

Hospital de Día: Representa el hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas, con el fin de realizar un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Intervención Quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

Lesión: Cambio patológico que se produce en un tejido u órgano sano y comporta una perturbación bien en la integridad física o en el equilibrio funcional.

Lesión deportiva no accidental: aquella lesión producida durante la practica deportiva sin que medie una causa que cumpla las características de súbita, violenta y extena.

Línea: Antiguos beneficiarios con residencia fuera de las ciudades de Madrid, Alcorcón y Valladolid.

Límites Establecidos en Condiciones Particulares: Son las cantidades máximas que AFEMEFA se compromete a cubrir, con relación al particular riesgo objeto del Contrato de Seguro, en cada caso.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina y para tratar médica o quirúrgicamente enfermedades o lesiones cubiertas en la garantía de la Póliza.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una especialidad de las legalmente reconocidas.

Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Plazo de Disputabilidad: Periodo de tiempo durante el cual el Asegurador puede, bien negar la cobertura, bien impugnar el contrato alegando Enfermedades Preexistentes y no declaradas por aquél en el Cuestionario de Salud, a la formalización del seguro.

Transcurrido dicho plazo, el rechazo del Asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

Póliza: Es el Contrato de Seguro o documento formalizado por escrito entre el Asegurador y el Tomador del Seguro, en el que se contienen las condiciones por las que se regula la relación entre ambas partes, y del Asegurador con el Asegurado y/o el Beneficiario del seguro. Comprende: (1) la Solicitud del Seguro; (2) el Cuestionario de Salud; (3) el Reglamento de Prestaciones; (4) las Condiciones Particulares, que identifican e individualizan el riesgo; y (5) Suplementos, Anexos o Apéndices que, en su caso, se añadan para completar o modificar el Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo.

Precios Especiales: Importe que el Asegurado debe abonar al Asegurador en determinadas pruebas no cubiertas en la cobertura de la Póliza que hubiera suscrito.

Prestación (o Acto Médico o Asistencia): Es la asistencia sanitaria concreta derivada de un siniestro, cubierta por la Póliza.

Prima: Constituye el precio o importe del seguro, que el Tomador/Asegurado/ Mutualista ha de pagar a la Entidad. La Prima o cuota contiene los recargos, tasas e impuestos legalmente aplicables. La Prima del seguro tiene periodicidad anual, aunque se fraccione su pago.

Prótesis. Todo elemento de cualquier naturaleza, que remplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos.

Servicio a domicilio. Visita en el domicilio que figura en la Póliza y a solicitud del Asegurado por médico de cabecera, pediatra-puericultor, ATS o DUE, en aquellos casos en que el asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio del médico, ATS o DUE. No se incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

Servicio de urgencia a domicilio. Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia prestada por médicos generalistas o ATS.

Siniestro. Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y previsto en la misma. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad del Asegurador, que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza. Su uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza, y acredita la pertenencia del Asegurado

Tomador (del seguro): La persona física o jurídica que suscribe junto con el Asegurador este Contrato y acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que AFEMEFA toma a su cargo, excepto las que por su propia naturaleza corresponden al Asegurado o Beneficiario.

Urgencia: Es aquélla situación que requiere, por sus características, asistencia sanitaria inmediata a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Urgencia "vital" médica. Es aquella que requiere la atención médica inmediata, cuya demora puede significar un peligro grave para la vida o integridad física de la persona.

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

Condiciones Especiales

Estas Condiciones Especiales indicadas a continuación derogan las Condiciones Generales en todo lo que puedan contravenir.

Artículo 1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato AFEMEFA, dentro de los límites y en los términos que se expresan en la Póliza, y mediante aplicación de la Prima que en cada caso corresponda, proporcionará al Asegurado la Asistencia Médica, Quirúrgica y Hospitalaria según lo pactado a continuación:

Objeto del seguro

Esta póliza de seguro garantiza única y exclusivamente la Asistencia Sanitaria derivada de los Accidentes Deportivos sufridos por los asegurados, tal y como se recoge en el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio (seguro obligatorio de accidentes para deportistas federados).
A efectos de esta póliza, se entiende por **accidente deportivo** el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva federada objeto de la póliza, en el cual se produce una lesión para el deportista, sin patología ni alteración anatómica previa.
Se incluyen exclusivamente los ocurridos exclusivamente durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento, dentro del ámbito federativo, **excluyéndose** por tanto la práctica privada de dicho deporte, salvo que en póliza se pacte su inclusión de manera expresa.

En ningún caso, podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.

Asegurados

Cualquier persona con licencia federativa, acorde a su categoría, en vigor.

Ámbito temporal de cobertura

Las coberturas definidas en la póliza se garantizan de acuerdo con el ámbito temporal contratado y que es el indicado en las Condiciones Particulares. El ámbito temporal será:

Durante la actividad: únicamente quedan cubiertos los accidentes deportivos que el ***Asegurado*** pueda sufrir durante la práctica de la disciplina deportiva en la que está federado tal y como se recoge en el Real Decreto 849/1993 de 04 de Junio.

Ámbito territorial de cobertura

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, salvo que se pacte lo contrario y así se recoja expresamente en las Condiciones Particulares y Especiales.

Artículo 2. COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

La cobertura sanitaria a prestar por el Asegurador viene recogida en el Real Decreto 849/1993 de 4 de Junio.

Será prestada por el asegurador en los Centros Médicos Concertados y aceptados por el Asegurador, durante un período máximo de 18 meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente objeto de cobertura a través de la póliza.
Se incluyen únicamente las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, por traumatismo puntual, violento, súbito y externo, durante la práctica deportiva, siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes.
Se excluyen igualmente la enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por micro traumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.

La prestación de asistencia médico-quirúrgica y sanatorial comprende:

a) Primer traslado y evacuación del lesionado a las clínicas concertadas indicas por el Asegurador por medio de ambulancia u otro medio similar, cuando se trate de lesión grave y urgente, o el lesionado requiera ser hospitalizado, y concurran circunstancias especiales de imposibilidad física que impidan al federado el traslado por sus propios medios.

Paseo de las Delicias, 48 - 1°
28045 MADRID

b) Asistencia médico – quirúrgica y sanatorial

c) Asistencia farmacéutica únicamente en régimen de hospitalización.

d) Gastos odonto estomatólogos hasta el límite de 240,00 €

e) Gastos sanitarios en el extranjero con el límite de 6.010,00 €

f) Rehabilitación en todos los casos en que por prescripción facultativa sea necesaria.

g) Pruebas médicas prescritas por un facultativo de la aseguradora y necesarias para determinar el alcance de la lesión.

h) Asistencia médica especializada en régimen de consulta externa.

i) Material ortopédico curativo, (no preventivo) prescrito por facultativos del Asegurador. Se reembolsará hasta el 70% del importe reflejado en el original de la factura (PVP) abonada por el asegurado.

Se hace constar expresamente que la prestación de Asistencia Médica se realizará por médicos y especialistas del cuadro médico incluido en el prestador de servicios de Afemefa (Clínicas Beiman).

Se excluyen los gastos derivados de:
- Material prescrito en Centros no autorizados por el Asegurador.
- Material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes.
- Prescrito para enfermedades y corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas y demás ortopedias).
- Rehabilitación a domicilio.
- Farmacia ambulatoria.
- Gastos de odonto-estomatología en exceso de 240 euros.
- Asistencia médica en el extranjero por importe superior a 6.010 euros.
- Traslado en ambulancia o similar desde el Centro médico a su domicilio.
- Asimismo, quedan expresamente excluidos los gastos sanitarios en Centros diferentes a los concertados por el Asegurador, salvo que se trate de casos de urgencia vital así aceptada por el Asegurador. Si se remitiesen facturas médicas no aceptadas bajo la anterior premisa, serán rechazadas. Si el asegurador fuera obligado al pago, repetirá el importe asumido contra el deportista federado.

2.1 - AUTORIZACIONES

A título enunciativo, no limitativo, las siguientes pruebas y tratamientos necesitarán autorización previa del asegurador:
- Consultas de facultativos especialistas.
- Estudios complementarios (TAC, RMN, Ecografía, Gammagrafía, Artografía, etc);
- Artroscopias;
- Intervenciones Quirúrgicas y Rehabilitación, así como lo relativo a material de ortopedia y prótesis.
- Fisioterapia

Cualquier prueba o tratamiento sin la autorización previa del Asegurador correrá a cargo del asegurado.

En caso de **urgencia vital**, el lesionado podrá recibir la prestación de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. Superada la primera asistencia de urgencia vital el lesionado deberá ser trasladado a un Centro Concertado indicado por el Asegurador a la mayor brevedad posible, y siempre con la autorización de los médicos que lo atendieron. En caso contrario, éste no se hará cargo de las facturas derivadas por estos servicios.
A tal fin, el lesionado comunicará el accidente al Asegurador el primer día hábil a la asistencia de urgencia recibida.

Por urgencia vital se entiende aquella situación de extrema gravedad en la que médicamente peligra la vida del asegurado, y que posteriormente deberá ser validada como tal por la Compañía Aseguradora.

El asegurado no podrá acudir simultáneamente o sucesivamente a varios facultativos de la misma especialidad sin autorización del Asegurador.

Paseo de las Delicias, 40
28045 MADRID

Cualquier asistencia en Centro o Facultativo no indicado por el Asegurador, salvo lo indicado para urgencia vital, no será de cuenta del Asegurador.

2.2 - ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La asistencia médica será prestada en los Centros Médicos concertados por Clínicas Beiman. En caso de accidente cubierto por la póliza el asegurado deberá contactar con Clínicas Beiman en el número de teléfono 677 808 817 en horario de Lunes a Domingo hasta las 00.00 horas.
El federado se obliga a seguir en todo momento lo establecido en el protocolo de actuación establecido al efecto en caso se sufrir un accidente deportivo.

2.3 .- EXCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA MEDICA.

En tanto en cuanto el asegurado comunique un accidente y esté recibiendo asistencia médica por parte del Asegurador, queda excluida la práctica de cualquier deporte, tanto a nivel privado como federado. En caso que el asegurado federado incumpla esto y practique actividad deportiva sin haber recibido el correspondiente alta médica deportiva, quedarán excluidos de asistencia sanitaria tanto el siniestro que está siendo objeto de asistencia médica como aquellos nuevos siniestros que pueda sufrir.

2.4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.

ESTA CLAUSULA DEROGA EN TODO LO QUE SEA CONTRARIO, A LO INDICADO EN LA CLAUSULA GENERAL DE COBERTURAS Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE:

El accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 72 horas a Clínicas Beiman, pudiendo utilizarse para ello dos vías de comunicación:

1. Comunicar el parte a **través de la web** www.federados.clinicabeiman.es introduciendo el federado en el paso 1º el número de póliza y siguiendo los pasos que se indiquen durante el proceso de alta. **(OPCION PREFERENTE)**
2. Utilizar el servicio de Atención al Cliente de Clínicas Beiman llamando al **teléfono** 677 808 817 de lunes a domingo hasta las 00:00h.

En parte de accidente se deben indicar los siguientes datos:

- Lugar donde se ha producido el accidente deportivo; fecha de ocurrencia, teléfono de contacto del federado, correo electrónico del federado, código postal (para asignar Centro) y la descripción detallada del accidente deportivo.
- Con estos datos, se dará de alta el parte de accidente y, el federado recibirá una copia del parte en su correo electrónico.
- Posteriormente se procederá a gestionar la cita para recibir la atención sanitaria.
- El federado deberá acudir al Centro Médico asignado donde recibirá un diagnóstico de su lesión.
- El Expediente cumplimentado por el Centro Médico es analizado por la aseguradora, junto con la declaración del parte de accidente y el federado recibirá un mail informándole de la aceptación o rechazo de su Expediente, acorde a las coberturas de la póliza. Si el Expediente es VALIDADO por la aseguradora implica que existe cobertura y el federado puede comenzar su tratamiento. Caso contrario, es RECHAZADO y carece de cobertura.

Se **rehusarán aquellos accidentes que sean comunicados en un plazo superior a 7 días** a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

2.- URGENCIAS (No vital):

El federado puede acudir a urgencias en los siguientes casos:

- Herida abierta.
- Sospecha de fractura ósea.
- Pérdida de conocimiento.

Siempre y cuando tal asistencia sea Objeto del Seguro y dentro de las primeras 24 horas desde que se produce el Accidente Deportivo.

En este caso el federado deberá acudir a un Centro Concertado por la aseguradora llamando previamente al teléfono de asistencia de Clínicas Beiman 677 808 817.

Paseo de las Delicias, 48
28045 MADRID

En el momento de la llamada, se declara el accidente a Clínicas Beiman y, se indica al federado el centro donde debe acudir a urgencias, emitiendo una autorización al Centro indicado, con copia al e-mail del federado (dato que nos informa al declarar el siniestro).

Posteriormente, tan pronto como sea posible, el federado debe comunicar el parte de accidentes vía web o vía telefónica, y debe enviar el informe médico de urgencias para valorar el seguimiento posterior necesario por mail a la dirección autorizacionesbeiman@clinicabeiman.com.

2.1- URGENCIA VITAL:

En caso de URGENCIA VITAL, es decir, aquella en la que corre peligro la vida del deportista federado, se podrá acudir al centro sanitario más próximo para recibir asistencia sanitaria.

a. Superada la primera asistencia de urgencia vital, se debe comunicar el accidente por teléfono a Clínicas Beiman a través del número 677 808 817, el primer día hábil, para ser trasladado a un centro médico concertado.
b. Después del traslado, se debe seguir el protocolo de actuación para comunicar el accidente bien vía web o bien vía telefónica.
c. En caso de que trascurridas las primeras 24 horas de ingreso en un centro no concertado, se permanezca en el mismo, Afemefa no se hará cargo de los costes de la atención prestada con posterioridad a esas primeras 24 horas.

3.- AUTORIZACIONES

Si una vez recibida la asistencia de urgencia, o primera asistencia, se requiere continuidad de la atención será necesario tener la autorización previa de Afemefa a través de su prestador de servicios Clínicas Beiman para realizar las mismas, solicitando dicha autorización a través de la dirección de correo electrónico autorizacionesbeiman@clinicabeiman.com

A título orientativo será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos: Pruebas especiales de diagnóstico; TAC, RMN, Ecografías, Artroscopias e Intervenciones Quirúrgicas, Consultas de Especialistas, etc

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización para la realización de pruebas, consulta con especialista, etc, y una vez realizada las mismas, el federado remitirá a Clínicas Beiman el informe con el resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente a la dirección de correo electrónico autorizacionesbeiman@clinicabeiman.com.

No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados, excepto en urgencias vitales.

* Le recordamos que:
a) Será motivo de cierre del expediente del Siniestro y por tanto no continuidad de tratamiento, si durante la BAJA MEDICA DEPORTIVA el Federado realiza actividad deportiva, careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.
b) El accidente debe ser comunicado en un periodo máximo de 72 horas desde que se produce el mismo.
c) Cualquier asistencia, consulta médica, pruebas o rehabilitación, deberá ser asignada previamente por Clínicas Beiman (salvo en los casos de urgencia vital). De no ser así, será el federado quien se hará cargo de los costes incurridos.

Artículo 3. PREEXISTENCIAS

Se hace constar que para aquellos asegurados que tuvieran lesiones, enfermedades o cualquier tipo de minusvalía anterior a la contratación de la póliza o la entrada en vigor para dichos asegurados, la indemnización o asistencia sanitaria a percibir en caso de siniestro cubierto por la póliza, será la que correspondería a una persona que no padeciera dichas circunstancias.
Por tanto, se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con las enfermedades, lesiones o minusvalías preexistentes, tanto físicas como psíquicas.

Paseo de las Delicias, 28 - 1º
28045 MADRID

Artículo 4. EXCLUSIONES

Salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la póliza, título enunciativo no limitativo, el Asegurador no será responsable bajo esta Póliza respecto de:

1. Los accidentes o enfermedades sufridos por el Asegurado con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza de seguro.
2. Los accidentes que no tengan la consideración de accidente deportivo, que deriven de sobreesfuerzos, tendinitis, etc, y por tanto, no sean objeto de cobertura a través de esta póliza.
3. Las lesiones corporales y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos o curas no motivadas por un accidente cubierto por la póliza.
4. Los accidentes causados por mala fe del Asegurado o los provocados intencionadamente por el Asegurado, las lesiones corporales autoinfligidas, así como el suicidio y sus tentativas.
5. Los accidentes derivados de la participación del Asegurado en actos delictivos, salvo que hubiese actuado en legítima defensa.
6. Los accidentes ocasionados por imprudencias graves o negligencias del Asegurado cuando así sean tipificadas judicialmente.
7. Los accidentes ocasionados por el Asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez etílica o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas o estupefacientes. A estos efectos se considerará que existe embriaguez etílica o que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de dichas sustancias cuando se superen los niveles tolerados por la legislación vigente en materia de conducción de vehículos a motor.
8. Los accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas atípicas, la caída de cuerpos siderales y aerolitos; y en general los riesgos calificados como extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros, según legislación vigente en cada momento, dado que serán cubiertos por dicha entidad.
9. Los accidentes ocasionados como consecuencia de terrorismo, conflicto armado, guerra, hostilidades militares, invasión, revolución, rebelión, insurrección, sedición, motín y tumulto popular, así como hechos actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz; y en general los riesgos y daños que el Consorcio de Compensación de Seguros tampoco cubre por calificarlos como extraordinarios, en cumplimiento de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, tales como los calificados como catástrofe nacional.
10. Las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura, excepto cuando el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
11. El envenenamiento, reacciones alérgicas y las intoxicaciones producidas ingestión de alimentos.
12. Los accidentes causados directa o indirectamente por reacción o radiación nuclear, la contaminación radioactiva y demás manifestaciones de la energía nuclear, la contaminación química o la contaminación bacteriológica.
13. Las anginas de pecho, cardiopatías, infartos de miocardio, accidentes cerebro vasculares, derrames cerebrales, síncopes, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares, salvo que se establezca expresamente su inclusión en las Condiciones Particulares de la póliza.
14. Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una federación deportiva, organismo o club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.
15. Los accidentes que resulten de la práctica como aficionado de deportes considerados de riesgo: paracaidismo, parapente, salto base, ala delta, ascensión en globo o cualquier otro deporte aéreo; escalada, espeleología, descenso de barrancos y cañones, deportes de invierno incluyendo esquí y snowboard; puénting, saltos desde acantilados, descenso libre en bicicleta, automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus disciplinas; equitación y polo; deportes subacuáticos con equipo autónomo, esquí náutico, kitesurf, hidrospeed, rafting y descenso de aguas bravas en todas sus modalidades; boxeo y cualquier tipo de lucha; caza, tauromaquia y encierros de reses bravas; salvo que se pacte expresamente su inclusión en póliza.
16. Los accidentes ocurridos viajando en cualquier medio de transporte, ya sea público o privado.
17. Las lesiones ocasionadas por agresiones personales, que pudieran sufrir los deportistas cubiertos por esta póliza en cualquiera de sus actividades deportivas.
18. En caso de accidente de tráfico, el seguro obligatorio del automóvil cubrirá todos los derechos y acciones del asegurado cubierto por la póliza del seguro obligatorio.

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

19. Todas las patologías degenerativas o lesiones derivadas de ellas (artrosis, artritris reumatoide, hernias discales, etc)
20. Otros procesos considerados enfermedades del aparato locomotor como artritis sépticas, enfermedad de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuytren, etc.
21. Las hernias de cualquier clase, excepto las hernias producidas por un accidente deportivo que sea objeto de cobertura a través de esta póliza).
22. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas anteriores a la contratación de esta póliza.
23. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no tengan que ver con lesiones deportivas.
24. Los actos delictivos.
25. Las lesiones producidas a consecuencia de enfermedades congénitas o preexistentes a la contratación de la póliza.
26. No tendrán cobertura los eventos o actividades deportivas (pruebas, entrenamientos, etc) que no pertenezcan o estén homologadas por la Federación tomadora de la póliza o Federaciones Territoriales.
27. Queda expresamente excluida la práctica privada de dicho deporte, salvo que se establezca expresamente su inclusión en las Condiciones Particulares de la póliza.
28. Se excluyen las segundas opiniones médicas asi como las pruebas de descarte de lesiones:
    - ✓ Cuando en el transcurso del tratamiento médico, el diagnóstico inicial que dio origen a la prestación médico asistencial sea modificado sustancialmente, siendo necesaria pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte para valorar de nuevo la etiología de la dolencia.
    - ✓ En casos de dudosa o inexistente relación causal entre el accidente y el daño por mecanismo lesional o la cronología lesional, las pruebas que puedan determinar la causa de la lesión.
29. Con independencia de posibles resoluciones laborales al efecto, se excluye expresamente de las coberturas de la póliza cualquier hecho que tenga su origen en una situación de epidemia o pandemia.
30. En ningún caso, podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.
31. Las lesiones y consecuencias de lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
32. Lesiones previas al accidente deportivo. No se cubren las lesiones degenerativas, las patologías crónicas o congénitas, ni las lesiones previas a la contratación de la póliza ni agravadas o provocadas aun en parte por dicha preexistencia.
33. No se cubren las lesiones degenerativas preexistentes aun cuando estas se hayan producido por la práctica deportiva, tales como ostecondritis, artrosis, tendinosis.
34. Las lesiones que no obedezcan a causa súbita y violenta o que deriven de sobreesfuerzos.
35. Quedan excluidas, asimismo, las enfermedades o patologías producidas por la práctica habitual del deporte, por micro traumatismos repetidos y no en un momento puntual como son:
    - ✓ Tendinitis y bursitis crónicas (codo de tenista, codo de Golf, rodilla de saltador, tendinitis del manguito, patología de las inserciones, etc)
    - ✓ Patología degenerativa o lesiones derivadas de ella (artrosis, artritis reumatoide, hernias discales, hernias de cualquier clase, etc)
36. Se excluye cualquier tipo de transporte no sanitario.
37. Material no prescrito por el servicio médico indicado por el Asegurador.
38. Tratamientos con finalidad preventiva o paliativa sin que modifiquen el pronóstico final.
39. Los gastos derivados de la rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
40. Los tratamientos por algias inespecíficas de cualquier naturaleza.
41. Los ejercicios de fisioterapia de potenciación muscular, con excepción de los ejercicios prescritos por facultativos del Asegurador previos a una intervención quirúrgica derivada de un accidente deportivo objeto de cobertura bajo esta póliza.
42. La fisioterapia, curas o cuidados a domicilio de cualquier tipo.
43. La fisioterapia para eliminar contracturas cuya resolución pueda conseguirse con alternativas terapéuticas igualmente eficaces como reposo o tratamiento antinflamatorio y analgésico.
44. La fisioterapia relajante o antiestres.
45. Tampoco están incluidas las infiltraciones sin finalidad curativa sino de tipo analgésico, especialmente aquellas realizadas con objeto de reincorporarse a su actividad deportiva de modo más precipitado de forma general.
46. Tratamientos que implanten cultivos con células madre, condrocitos o factures de crecimiento, ondas de choque o medicinas alternativas.
47. Prácticas deportivas de ocio y recreo.
48. Desplazamientos ocurridos al lugar oficial de la competición o el entrenamiento.
49. Accidentes in itinere.

Paseo de las Delicias, 40 - 1º
28045 MADRID

50. Siniestros causados por picaduras de mosquitos u otros animales, mordeduras de animales, etc, aunque se produzcan durante una competición o entreno oficial.
51. Los gastos sanitarios realizados en centros no concertados por el Asegurador, o siendo concertados se hallan realizado sin la autorización del Asegurador, salvo en los casos de urgencia vital.
52. Los gastos sanitarios realizados en centros públicos, salvo en los casos de urgencia vital.
53. La asistencia sanitaria prolongada más de 18 meses a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente deportivo objeto de cobertura a través de la póliza.
54. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta.

Artículo 5. PRIMA Y REGULARIZACION

Al finalizar cada anualidad de seguro, el Tomador facilitará al Asegurador la información sobre el número real de personas aseguradas durante dicho periodo a fin de efectuar la oportuna regularización de prima.

La documentación a presentar para procederá regularizar la póliza será el fichero de registro de alta de federados enviado con la temporalidad acordada al mediador.

Artículo 6. CLAUSULA DE ERROR ADMINISTRATIVO

Si por error u omisión el tomador no incluyera a alguno de sus federados en la relación de asegurados comunicados periódicamente a la aseguradora estos se considerarán asegurados desde la fecha de efecto de la póliza y por la duración de la misma.

En el caso de que un federado cuya alta no hubiese sido notificada, sufriese un siniestro, la Aseguradora asumiría la tramitación y liquidación del mismo siempre y cuando reúna las siguientes condiciones:

1. Que las consecuencias del siniestro provengan de un riesgo amparado por la póliza y sufrido con posterioridad a la fecha de efecto de la póliza.

2. Que no concurran ninguna de las exclusiones o limitaciones que figuran en la póliza, así como en la Ley de Contrato de Seguro, disposiciones o Reales Decretos que la complementa y que darían lugar al rechazo de la prestación.

Artículo 8. RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION

El Tomador reconoce y acepta expresamente que ha recibido la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación el Estado Miembro del domicilio del Asegurador y su Autoridad de Control, así como la denominación social, forma jurídica y el domicilio social del Asegurador.

Asimismo, y como acuerdo adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Particulares, Especiales y Generales que forman parte de la Póliza de seguro y 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 de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el Tomador estampa su firma a continuación.

En Madrid a 27 de Agosto de 2023

El *Tomador*

Firma y sello:

Paseo de las Delicias, 28
28045 MADRID

Condiciones Generales

Artículo 1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato AFEMEFA, dentro de los límites y en los términos que se expresan en la Póliza, y mediante aplicación de la Prima que en cada caso corresponda, proporcionará al Asegurado la Asistencia Médica, Quirúrgica y Hospitalaria de las enfermedades y/o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza, según los Servicios contratados y que figuran en las Condiciones Particulares de la misma.

El presente contrato podrá ser suscrito por cualquier persona con edad inferior a 65 años. No obstante, podrán suscribirlo los mayores de 65 años siempre que el solicitante del seguro se someta a reconocimiento médico a sus expensas, realizado por quien designe la Mutualidad, y que éste sea aceptado por la Entidad. En tales casos, la prima o cuota a pagar será la ordinaria incrementada en el porcentaje que, para cada caso, determine el Consejo de Administración.

El Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente en función de las prestaciones de acuerdo con los servicios contratados, y que figuren en las condiciones particulares de la Póliza, de acuerdo con lo previsto al efecto en el presente Reglamento de Prestaciones y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley de Contrato.

En ningún caso, podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.

Artículo 2. DESCRIPCION Y FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Las diferentes prestaciones de tipo asistencial objeto de la cobertura asegurada, se encuentran relacionadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, que junto al presente Reglamento de Prestaciones, y los Apéndices de modificación acordados por las partes, componen de forma inseparable, la Póliza o Contrato de Seguro del Asegurado.

2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO:

La asistencia sanitaria cubierta por el seguro se prestará en todas las ciudades españolas donde AFEMEFA tenga dispuestas o contrate esa prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.

2.3. CONSULTAS:

Los servicios de consulta médica que se aseguran son prestados en ambulatorios o consultas privadas o bien en centros de salud también de carácter privado, en ambos casos concertados por AFEMEFA para prestar tales servicios a sus Asegurados, de forma que el acceso a los mismos, sea sencillo y rápido.

2.4. CUADRO MEDICO:

Este seguro de asistencia sanitaria se presta a través del Cuadro Médico de la Aseguradora, mediante el cual ésta se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera, siempre que dicha asistencia esté comprendida en la cobertura asegurada en las Condiciones Particulares y Especiales que configuren la concreta Póliza suscrita por el Asegurado, y siempre que no se encuentre expresamente excluida

2.5. URGENCIAS:

El Asegurado podrá acudir directamente al/ a los Centros Permanentes de Urgencias que tenga concertados AFEMEFA con autorización de la Aseguradora y siempre que el asegurado tenga derecho según los servicios contratados.

2.6. ASISTENCIA A DESPLAZADOS:

La Aseguradora se compromete a prestar asistencia sanitaria en caso de urgencia al Asegurado desplazado a cualquier provincia española fuera de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca la Póliza dentro del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades donde hubiera centros concertados y siempre que el asegurado tenga derecho según los servicios contratados.

2.7. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS:

Paseo de las Delicias. 48 - 1º
28045 MADRID

Se entenderá comunicado el Siniestro al solicitar el Asegurado la Prestación según lo previsto en la Póliza. Será de aplicación especial para las Urgencias lo previsto en las Cláusulas 2.7

2.8. AMBULANCIA:

Se presta este servicio siempre por vía terrestre y a través de los servicios de ambulancia concertados con la Aseguradora. Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados desde el domicilio que figure en la Póliza de asegurado al Hospital concertado con la Entidad.

AFEMEFA no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de internamiento hospitalario, sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir.

Artículo 3.- REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA PRESTACION

3.1. REQUISITOS COMÚNES PARA CUALQUIER PRESTACIÓN

TARJETA SANITARIA: Se requerirá al Asegurado, ante el facultativo o centro en el que éste reciba la prestación, la presentación de la Tarjeta Sanitaria que acredite su pertenencia a AFEMEFA, junto con el recibo acreditativo de estar al corriente del pago de la prima.

Una vez haya recibido la prestación deberá el Asegurado firmar el justificante del servicio recibido o volante, que el facultativo o clínica entregara a la Entidad como comprobante justificativo de la prestación.

El Asegurado, deberá presentar, si le fuese requerido, su Documento Nacional de Identidad ante el facultativo o centro en el que éste reciba la prestación.

3.2. PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA. AUTORIZACION:

Con carácter general: Para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, y determinadas pruebas diagnósticas de aquellos servicios para los que el Cuadro Médico impreso así lo determine, será ordenada por escrito por un médico del cuadro y el Asegurado deberá obtener, la previa autorización documentada del Asegurador en sus oficinas.

Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Aseguradora que el acto Medico a efectuar en régimen de Hospitalización, vaya a ser realizado por un facultativo del Cuadro Médico de AFEMEFA y este cubierto por la Póliza.

En los casos de Urgencia será necesaria la prescripción de un Médico de la Entidad, podrá ser facilitada por el mutualista o beneficiario a AFEMEFA con posterioridad, y siempre en los términos y plazos previstos en la Cláusula de Urgencias de este Reglamento de Prestaciones.

La autorización otorgada por AFEMEFA vinculará económicamente a ésta, salvo que en dicha autorización se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta en la Póliza.

Artículo 4. EXCLUSIONES

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y en su caso hospitalarios correspondientes a:

1. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del Seguro y no declarados. El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo/s, se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la Póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos.
2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, terrorismo y epidemias declaradas oficialmente.

Paseo de las Delicias, 48 - 1°
28045 MADRID

3. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva que se hallaren cubiertos por los Seguros de Responsabilidad Civil por Daños Nucleares, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
4. La asistencia sanitaria que exija tratamiento por accidentes escolares cubiertos por el Seguro Escolar, enfermedades o accidentes laborales, profesionales y las derivadas de ellas, sean de tipo crónico o no. Así como las producidas en prácticas deportivas no incluidas en póliza, las derivadas de la utilización de vehículos a motor cubiertas por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros Públicos o centros integrados en el sistema Nacional de Salud (incluidas las Comunidades Autónomas) que no estén concertados con el Asegurador.
5. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización,
   Todos aquellos procedimientos de diagnóstico y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades,(medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, etc.), conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación). Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
7. Estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in Vitro"), inseminación artificial, etc. El estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y disfunción eréctil, y la interrupción voluntaria del embarazo, así como toda la asistencia relacionada a dicha interrupción.
8. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Mutualidad no se hace cargo de la córnea a trasplantar.
9. La asistencia derivada de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA, y las enfermedades relacionadas con éste.
10. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tengan un carácter puramente estético o cosmético. Esta exclusión abarca las pruebas y/o material necesario para su realización.
11. Los tratamientos capilares con finalidad estética.
12. La hospitalización por problemas de tipo social.
13. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo y las Campañas preventivas del Sistema Nacional de Salud como, por ejemplo, las campañas de Prevención del Cáncer colorrectal, salvo los contemplados en la descripción de los servicios.
14. Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológico, narcolepsia, etc. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
15. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de los servicios.
16. Las prótesis de cualquier clase, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán de cuenta del Asegurado. Se exceptúan los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología.
17. Tratamientos de diálisis.
18. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
19. Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología en los términos descritos en las condiciones particulares de la póliza y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.
20. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con las alteraciones genéticas.
21. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
22. Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
23. La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
24. La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

25. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.
26. Las Pruebas de Descarte y/o las Segundas Opiniones Médicas.

Artículo 5.- COBERTURAS

A) ATENCION PRIMARIA.

Este primer nivel asistencial está integrado por los siguientes servicios:

1. Medicina General.
2. Pediatría y Puericultura para menores de 14 años.
3. Atención de enfermería en consulta.
4. Atención de urgencia.
5. Estudios analíticos básicos que se precisen previos a intervenciones quirúrgicas.
6. Pruebas radiológicas convencionales.

B) HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización debe ser pedida siempre por un médico concertado de la Entidad con su correspondiente volante, y contar con la autorización de la Sociedad. Los ingresos se realizarán siempre en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad que figuran en el cuadro médico.

1- ***Hospitalización Quirúrgica***

Estos ingresos se harán en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad.

2- ***Hospitalización médica***

Se realizará en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad.

3- ***Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva***

Se realiza en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad por prescripción de un facultativo de la Entidad, sin cama de acompañante,

C) COMPLEMENTOS.

Servicio de Ambulancias

Cubre el transporte urbano para los socios exclusivamente de zona cuyo estado físico lo requiera. Sólo cubrirá el desplazamiento del Asegurado de zona desde el lugar del accidente hasta cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad con el fin asistencia de urgencia. No incluye los traslados interurbanos, ni a consultas, ni los requeridos para tratamientos de rehabilitación.

Artículo 6.- DURACION DEL SEGURO

6.1. INICIO:

Todas las Prestaciones que asuma AFEMEFA en virtud de esta Póliza serán exigibles/facilitadas en el momento de entrar en vigor el presente contrato, que será la "fecha de entrada en vigor" que, como tal, figure en sus Condiciones Particulares, con excepción de lo dispuesto en la Cláusula 6.2 siguiente.

6.2. DURACION:

El contrato es anual, adaptándose a periodos anuales a contar desde el día de la emisión de la póliza.

6.3. TÉRMINO Y PRÓRROGA

La Póliza se estipula por el período de tiempo previsto en sus **Condiciones Particulares**, y a su vencimiento, de conformidad con el art. 22 de la Ley de Contrato de Seguro, **se prorrogará tácitamente por períodos anuales**. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a dicha prórroga mediante **notificación escrita** a la otra parte, efectuada con una antelación **no inferior a un mes** respecto de la fecha de conclusión del período en curso. La notificación por parte del Tomador al Asegurador habrá de realizarse en el domicilio de AFEMEFA, o bien mediante cualquier medio que otorgue **constancia fehaciente** del contenido de la comunicación, su envío y recepción.

6.4. EXTINCIÓN.

La Póliza se extinguirá respecto de cada Asegurado en los siguientes casos:

1. Por fallecimiento del Asegurado.

Paseo de las Delicias. 4[illegible]
28045 MADRID

2. En los casos en los que el Asegurador tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud cometidas por el Tomador o el Asegurado al cumplimentar el Cuestionario de Salud.

En tales casos, el Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración escrita dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que tuviera conocimiento de dicha reserva o inexactitud.

Artículo 7. PAGO DEL SEGURO Y ACTUALIZACION ANUAL

PRIMA. es el precio del seguro y, su importe, junto con sus impuestos y recargos, deberán hacerse efectivos en las condiciones estipuladas. Las cuotas o primas que deben abonar los mutualistas, serán las que tras el estudio actuarial correspondiente y, a propuesta del Consejo de Administración de la Mutualidad, sean aprobadas en Asamblea General de Mutualistas.

OBLIGACION. El Tomador del seguro, y de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima anual, mediante la forma de pago fijada en las Condiciones Particulares.

PRIMERA PRIMA: La primera Prima o fracción será exigible, conforme al mismo artículo 14 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, AFEMEFA, tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en esta Póliza, (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro), y de acuerdo con dicho artículo, si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, AFEMEFA quedara liberada de su obligación.

SEGUNDA Y SUCESIVAS PRIMAS. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

REACTIVACION DE LA POLIZA: En cualquier caso el Asegurador, mientras el contrato este en suspenso, podrá exigir el pago de la prima correspondiente al periodo de suspensión. (Periodo de seguro en curso) La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas a partir del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

AFEMEFA y el asegurado solo quedan obligados en virtud de los recibos librados por la Entidad o por sus representantes legalmente autorizados.

ACTUALIZACION DE PRIMAS. El importe de las primas podrá ser actualizado por AFEMEFA anualmente con el límite del IPC sanitario o índice que lo sustituya.

Artículo 8. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO.

BASES

El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el **Cuestionario de Salud** sobre su estado de salud y profesión habitual, formando dicha solicitud parte integrante del contrato. Dichas declaraciones constituyen la base para le evaluación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

PÉRDIDA DE DERECHOS.

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada en la Póliza en los siguientes casos:

Si al cumplimentar el Cuestionario de Salud el Tomador o el Asegurado ha sido inexacto o ha omitido cualquier circunstancia que pudiera influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato dentro del plazo de un mes desde que tuviera conocimiento de dicha reserva o inexactitud por parte del Tomador del Seguro (art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

Si el Tomador o el Asegurado, obrando de mala fe, no comunican al Asegurador la agravación del Riesgo que cubre la Póliza, y sobreviniere un Siniestro (art.12 de la Ley de Contrato de Seguro).

En tal caso, el Asegurador queda relevado de su prestación desde la fecha en la que el Tomador o el Asegurado hubiesen tenido constancia del agravamiento del Riesgo, cuya comunicación al Asegurador hubiesen omitido (art. 15 de la Ley del Contrato de Seguro)

Si el hecho garantizado sobreviene antes de haber sido pagada la Prima, salvo pacto en contrario. (art.15 de la Ley de Contrato de Seguro).

Cuando el Siniestro hubiese sido causado por dolo o mala fe por parte del Asegurado (art. 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

Paseo de las Delicias. 48 - 1º
28045 MADRID

Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, AFEMEFA solo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la Póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a AFEMEFA la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

INDISPUTABILIDAD

La Póliza no será disputable en cuanto al estado de salud del Asegurado si se hubiese practicado reconocimiento médico o se hubiese reconocido plenitud de derechos. En éste caso AFEMEFA no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga algún tipo de salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico, ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año desde la fecha de efecto del presente contrato.

Artículo 9. OTRAS OBLIGACIONES DE AFEMEFA.

Además de prestar la asistencia asegurada por la presente Póliza, **AFEMEFA deberá entregar al Tomador la siguiente documentación**.

- La Póliza (Reglamento de Prestaciones y condiciones particulares) o, en su caso, el Documento de Cobertura Provisional, conforme a lo previsto por el art. 5 de la Ley de Contrato de Seguro.
- El Procedimiento a seguir en caso de sufrir un accidente deportivo objeto de cobertura por la póliza.

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

En caso de haber solicitado y obtenido **duplicado** de la Póliza, el solicitante (en el mismo escrito de petición) se obliga a devolver a la Aseguradora los respectivos originales si estos apareciesen, y a indemnizar a la Aseguradora por los perjuicios que le pudiese irrogar la hipotética reclamación de un tercero. En ningún caso la Aseguradora se hará cargo del **uso indebido o fraudulento** de la Póliza, , o de sus respectivos duplicados.

Artículo 10. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.

El Tomador y, en su caso, el Asegurado, tendrán las siguientes obligaciones:

DECLARACIONES

Declarar a AFEMEFA, antes de la formalización del contrato y de acuerdo con el Cuestionario de Salud a que ésta Entidad le someta, todas las circunstancias que fueran conocidas por él y que pudieran influir en la valoración del riesgo objeto de la Póliza. El Tomador y/o Asegurado quedará exonerado de ésta obligación si el Asegurador no le somete a dicho Cuestionario de Salud.

El Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o del Asegurado al cumplimentar el Cuestionario de Salud.

Si el Siniestro se produce antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se le obligue mediante el Cuestionario de Salud, la Prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del Riesgo. En este caso, si hubiera mediado dolo o culpa grave por parte del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la Prestación.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Comunicar a AFEMEFA, **durante el curso del Contrato y tan pronto tenga conocimiento de ellas**, todas las circunstancias que, de acuerdo con lo declarado previamente en el Cuestionario de Salud, agraven el Riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por AFEMEFA, ésta no hubiese suscrito la Póliza o lo habría hecho en condiciones más gravosas para el Asegurado.

En caso de haber sido declarado el agravamiento, AFEMEFA **podrá proponer la correspondiente modificación de la Póliza, en plazo de dos meses**, a contar desde el día en que dicho agravamiento fuese declarado, en caso de silencio por parte del Asegurador se entenderá que acepta la agravación del riesgo sin modificación alguna de la prima correspondiente.

afemefa SALUD - DECESOS
Paseo de las Delicias 46 - 1º
28045 MADRID

En tal caso, el Tomador dispone de **quince días** tras la comunicación de dicha propuesta de modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, AFEMEFA podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un **nuevo plazo de quince días**, transcurridos los cuales y **dentro de los ocho siguientes** comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

En caso de silencio por parte del Tomador se entenderá la aceptación de las modificaciones en el contrato Igualmente, en caso de agravamiento del Riesgo, AFEMEFA **podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado, en el plazo de un mes**, a contar desde la fecha en que tuvo conocimiento de dicho agravamiento.

En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hubieran efectuado dicha declaración y sobreviniera un Siniestro, el Asegurador queda liberado de la prestación si el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo o mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se habría aplicado de haber conocido el Asegurador la verdadera entidad del Riesgo

CAMBIO DE DOMICILIO.

Comunicar al Asegurador, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio.

COLABORACIÓN

Aminorar las consecuencias del Siniestro, empleando todos los medios a su alcance para procurar un pronto restablecimiento o recuperación de la situación o estado normal. El incumplimiento de éste deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a AFEMEFA de toda Prestación derivada del Siniestro.

SUBROGACIÓN

Otorgar y facilitar, en favor de AFEMEFA, la subrogación a la que se refieren los arts. 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del Siniestro, y hasta el límite de la asistencia prestada, correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables de aquél.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. Asimismo, el Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

ALTAS Y BAJAS.

El Tomador del Seguro deberá comunicar a AFEMEFA, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato,

OTROS SEGUROS.

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, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tale asistencias le hubieren supuesto. El asegurado, o en su caso el tomador, vendrán obligados a facilitar a AFEMEFA los datos y la colaboración necesarios para ello.

Artículo 11. DERECHOS O FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.

El derecho principal que tiene el Tomador y/o Asegurador es el de recibir la asistencia o Prestación cubierta por la Póliza contratada, en los términos y con el alcance previsto para cada caso en la misma.

Los que se enumeran en la descripción de servicios que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y las cláusulas acordadas (art. 8 in fine de la Ley de Contrato de Seguro).

Comunicar al Asegurador por escrito todas las circunstancias que pudieran influir en la disminución del riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por éste en el momento de suscribir la Póliza, hubiese concluido el contrato en condiciones más favorables para él (Tomador y/o Asegurado).

Artículo 12. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.

AFEMEFA, de conformidad con la legislación vigente (ORDEN ECO 734/2004, de 11 de marzo) dispone de un departamento de Atención al M u t u a l i s t a al que pueden dirigirse los tomadores, m u t u a l i s t a s, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

Paseo de las Delicias, 40 - 1
28045 MADRID

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Las consultas, quejas o/y reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al departamento de Atención al Mutualista por cualquiera de los siguientes medios:

a) Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de AFEMEFA.

b) Por correo postal remitido a la oficina central, c/ Muria, 10, Bajo B, 28045 Madrid.

c) Por correo electrónico a la dirección: atencionalmutualista@afemefa.com

El departamento de Atención al Mutualista acusará recibo por escrito de las mismas y resolverá de forma motivada en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de entrada de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Las decisiones de éste Departamento favorables al reclamante, vincularán a la Entidad Aseguradora.

Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Mutualista sin que este hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del departamento de Atención al Mutualista, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normales ulteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales ulteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomiendan a la autonomía de la voluntad se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

Artículo 13. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

Las comunicaciones a AFEMEFA por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél, que figura recogido en la Póliza.

Las comunicaciones de AFEMEFA al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieren notificado el cambio de domicilio a AFEMEFA. Las comunicaciones realizadas por el Tomador del seguro al Agente o Corredor de Seguros que, en su caso, medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si las hubiese hecho directamente a AFEMEFA, de acuerdo con el art. 21 de la Ley de Contrato de Seguro y el art. 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

A los efectos de esta Póliza, se entiende comunicado el Siniestro al solicitar el Asegurado la Prestación del servicio que en cada caso se trate.

Artículo 14. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

Responsable del tratamiento.

De conformidad con lo previsto en la normativa de protección de datos de aplicación, en concreto, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la LO 3/2018, de 5 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos que como tomador y/o asegurado los datos personales suministrados voluntariamente en la solicitud de seguro y los que pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamiento derivados de la relación aseguradora en virtud de las coberturas garantizadas, así como todos aquellos datos que nos pudieran facilitar con posterioridad durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, así como, de los derivados de su relación

afemefa SALUD - DECESOS
Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

con los profesionales que intervengan en virtud de la relación contractual establecida, y de aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación aseguradora, serán tratador por Asociación Ferroviaria Médico Farmacéutica (AFEMEFA), Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija. NIF: G-28556462. Domicilio: Paseo de las Delicias, 48 – 1º; 28045 Madrid. Tfn. 915 280 582. Contacto DPD: comunicacion@afemefa.com, en calidad de responsable del tratamiento.

En caso de no facilitar la información obligatoria e imprescindible solicitada, no será posible llevar a cabo la relación precontractual y/o contractual con usted.

Usted podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección: comunicacion@afemefa.com.

El interesado deberá comunicar a AFEMEFA cualquier modificación de sus datos de carácter personal a fin de que la entidad aseguradora pueda mantenerlos debidamente actualizados.

Finalidades y legitimación del tratamiento de sus datos personales.

Sus datos personales serán tratados para las finalidades y con las bases de legitimación que se indicarán a continuación:

- Formalización, gestión y ejecución de la relación precontractual y/o contrato de seguro, constituyendo la base de legitimación es la ejecución del contrato. Asimismo, AFEMEFA, también trata datos de salud, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante, LOSSEAR) legitima el tratamiento de los datos que resulten necesarios para la ejecución del contrato de seguro, así como, por razones de interés público en el ámbito de la salud pública.
- Para el tratamiento de datos de menores de 14 años será necesario haber obtenido previamente el consentimiento del titular de la patria potestad o de la tutela, de conformidad con el artículo 7.2 de la LOPDGDD.
- La entidad aseguradora podrá habilitar dispositivos o tabletas de digitalización de firma para la suscripción por parte de los titulares de solicitudes, contratos, declaraciones o documentos de todo tipo cuya suscripción requiere el tratamiento y conservación de los datos biométricos de los titulares obtenidos mediante la digitalización de la firma. La base de legitimación del tratamiento es el consentimiento explícito del interesado. La utilización de tales medios por los titulares comportará la aceptación y conservación de sus datos biométricos para tales fines.

Consiento EXPRESAMENTE el tratamiento de mi/s dato/s biométrico/s, para la finalidad expresada en este documento □.

- Realizar grabaciones de conversaciones telefónicas con motivo de la relación contractual existente entre ambas usted y AFEMEFA como consecuencia de nuestro interés legítimo en controlar la calidad de nuestros servicios y garantizar la seguridad de las llamadas. Asimismo, le informamos que con base en el interés legítimo de AFEMEFA, las llamadas podrán ser utilizadas como medio de prueba en cualquier procedimiento judicial o extrajudicial.
- Consulta de ficheros comunes relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias con el fin de determinar la solvencia económica, a fin de calcular el riesgo que se asocia a la contratación, así como para determinar la prima. La base de legitimación es el interés legítimo de AFEMEFA y la defensa de sus intereses.
- Envío, por cualquier medio, de ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales de contratación de productos y/o servicios de la entidad aseguradora, sean de carácter general o adaptadas al perfil y/o a sus características personales, así como, para la elaboración de encuestas de calidad y satisfacción, programas de fidelización de clientes u otros análogos. Todo ello en base a la base del interés legítimo de AFEMEFA en mantenerle informado de nuestros productos y/o servicios.

SI NO DESEA recibir información comercial, marque la casilla □.

Se informa expresamente al interesado de que puede revocar en cualquier momento su consentimiento, de conformidad con lo dispuesto en el apartado "derechos del afectado" reseñado en la presente cláusula.

Categorías y procedencias de datos de carácter personal.

Los datos de carácter personal objeto de tratamiento, incluso los datos de salud serán los que se recaben en el marco precontractual y/o contrato de seguro.

- Datos facilitados con carácter previo a la contratación presupuesto, proyecto y solicitud de seguro.
- Datos que consten en la póliza y/o datos generados durante la relación contractual.
- Datos recabados de otras fuentes, entre ellos, ficheros de solvencia patrimonial y crédito, abogados, peritos, hospitales...

Los datos objeto de tratamiento serán relativos al tomador y otras personas físicas que puedan estar relacionadas con el contrato de seguro como asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados. En caso de que

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

los datos personales se faciliten por persona distinta (tomador del seguro) del titular de los mismos (asegurado), recaerá en aquel la obligación de informar de los tratamientos de los datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de sus titulares para el tratamiento con los fines establecidos en la misma.

Destinatarios de sus datos personales.

Los datos personales adecuados, pertinentes y no excesivos podrán ser comunicados a las siguientes categorías de destinatarios:

- Médicos, centros sanitarios, hospitales, otras instituciones o personas y otras aseguradoras y reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro, cesión de cartera o la realización de operaciones conexas, cesión o administración cuya base de legitimación es la base legal (Ley de Contrato de Seguro y la LOSSEAR) y el interés legítimo de AFEMEFA.
- Fuerzas de seguridad, jueces y tribunales, en caso de ser requerida con el fin de investigar conductas fraudulentas o delictivas, cuya base de legitimación es la base legal.
- Agencia Española de la Administración Tributaria para el cumplimiento de obligaciones fiscales y tributarias.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, AFEMEFA informa de que los datos de carácter personal podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la liquidación de siniestros y la colaboración estadísticos actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, prevención del fraude y otros legalmente establecidos, todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la LOPDGDD.

Transferencias Internacionales de Datos.

No se prevén transferencias internacionales de datos.

Ejercicio de derechos.

La entidad aseguradora informa sobre la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a AFEMEFA, acompañando copia de su Documento Nacional de Identidad o del pasaporte u otro documento válido identificativo, a la siguiente dirección: comunicacion@afemefa.com o dirección postal: AFEMEFA, Paseo de las Delicias 48, 1º; 28045 Madrid, con la referencia "Protección de datos personales".

Derecho de acceso: tiene derecho a que AFEMEFA confirme si está o no tratando sus datos y, en su caso, solicitar el acceso a los datos o determinada información del tratamiento como: fines, categorías de datos, destinatarios...

Derecho de rectificación: de datos inexactos.

Derechos de supresión (derecho al olvido): de los datos cuando, entre otros motivos, estos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

Derecho de limitación: en el supuesto que el interesado impugne la exactitud de los datos, mientras se verifica su exactitud, podrá solicitar la limitación del tratamiento de los datos de carácter personal. En ese caso, los datos únicamente serán tratados para el ejercicio o defensa de las reclamaciones.

Derecho a la portabilidad: a recibir sus datos en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica, y a transmitirlo a otro responsable del tratamiento.

Derecho de oposición: en cualquier momento.

Revocación del consentimiento.

Asimismo, tiene derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Conservación de sus datos personales.

AFEMEFA, conservará sus datos mientras perdure la relación contractual con usted, así como, una vez finalizada y durante el plazo de caducidad o prescripción de las normas penales, civiles, fiscales o mercantiles de aplicación. Tras lo anterior, los datos serán eliminados.

Artículo 15. OTROS ASPECTOS LEGALES

15.1. Contratación a distancia

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica, el fax o a través de internet.

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, AFEMEFA pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a AFEMEFA dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

15.2. Grabación conversaciones telefónicas

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autorizan a AFEMEFA para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia escrita del contenido de las citadas grabaciones

Artículo 16. PRESCRIPCIÓN.

Las acciones de que disponen el Tomador y/o Asegurado para reclamar judicialmente frente al rechazo, en su caso, de una Prestación, prescriben a los **cinco años**, a contar desde el día en que tales acciones pudieron ejercitarse.

Artículo 17. JURISDICCIÓN.

Será Juez competente para conocer de las acciones derivadas del presente contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

Artículo 18. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios debidamente autorizados que la Aseguradora pone a disposición del Asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la asistencia sanitaria. En consecuencia, **AFEMEMA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de tales profesionales y centros.**

Artículo 19. CLAUSULA FINAL, CONTENIDO DEL CONTRATO Y CONFORMIDAD

Esta Póliza o Contrato de Seguro comprende de forma inseparable:

- El Reglamento de Prestaciones que antecede.
- Las Condiciones Particulares pactadas.
- Las Condiciones Especiales, si las hubiere.
- Los Anexos acompañados a cada una de ellas.
- El Cuadro Medico

El tomador declara expresamente haber visto, leído y entendido todos y cada uno de los documentos citados en el párrafo anterior, así como en especial, el contenido de la cláusula 17 del presente Reglamento de Prestaciones.

SALUD - DECESOS
Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID

Artículo 20. APROBACION Y ENTRADA EN VIGOR

El presente Reglamento de prestaciones, anula cualquier otro anterior, entrando en vigor en el momento de aprobación por la Asamblea General de Mutualistas.

El presente Reglamento de Prestaciones de la Póliza de Salud, que vincula a todos los Mutualistas y beneficiarios, presentes y futuros, adscritos a la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social, excepto a los pertenecientes a la zona de Valladolid, ha sido aprobado en la Asamblea General de Mutualistas celebrada el día veinticuatro de junio de dos mil

En Madrid a 27 de Agosto de 2023

El *Tomador*

Firma y sello:

Paseo de las Delicias, 48 - 1º
28045 MADRID