

FIATC SALUD



CONDICIONES GENERALES SALUD EXTRAHOSPITALARIO

FIATC 
S E G U R O S

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, así como por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y, con carácter general, por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes de este contrato.

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija tiene señalada su sede social en España y el control de su actividad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras por RO de 11 de abril de 1930. Constituidos los depósitos que marca la ley. Los estatutos de la mutua se encuentran a su disposición en la página web www.fiatc.es y en cualquiera de nuestras oficinas.

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija. CIF: G-08171407. Registro Mercantil de Barcelona, legajo a) 1443/91, folio 68, tomo 20.259, hoja B4052-N, inscripción 45.

ARTÍCULO 1.º

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente

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

Asegurado

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

Asegurador

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

Beneficiario

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

Condición de salud preexistente

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

Condiciones particulares

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

Copago

Véase Franquicia.

Cuadro médico

Véase Guía Médica.

Cuestionario o declaración de salud

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

Domicilio del tomador y del asegurado

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

DUE (Diplomado Universitario en Enfermería)

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

Enfermedad o lesión

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

Enfermedad, lesión, defecto o deformación 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 individuo.

Enfermedad, defecto o malformación preexistente

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

Exclusiones

Las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías asegurables.

Franquicia

Cantidad o porcentaje expresamente pactados, a cargo del tomador o asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios. Dicho importe será prefijado para cada acto médico.

Guía Médica de la entidad

Relación vigente de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por FIATC en cada provincia. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Guía Médica actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia. Los datos que figuran en la Guía Médica pueden sufrir cambios, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia, se consulte con la entidad.

Hospital o centro hospitalario

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas e internamientos superiores a 24 horas. Estos centros pueden disponer, además, de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día. A los efectos de la presente póliza, no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o tratamientos de adicciones ni instituciones similares.

Hospitalización

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

Hospitalización de carácter social o familiar

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

Hospitalización de día

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

Hospitalización en domicilio

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

Hospitalización en unidades especiales

Es la ocupación de una cama hospitalaria que, por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas a: la vigilancia y el tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (Cuidados Intensivos, enfermedades coronarias, Neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (Unidad de Quemados, Unidad de Lesionados Raquimodulares); o el aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (Unidad de Infecciosos, Unidad para el Tratamiento con Isótopos Radiactivos), bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (Unidad de Aislamiento para Enfermos Trasplantados).

Intervención quirúrgica

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

Material de osteosíntesis

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

Material ortopédico

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

Médico

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

Médico especialista o especialista

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

Plazo o período de carencia

Intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la póliza. Dicho plazo

se computa desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Período de seguro

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

Póliza

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

Prestación

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

Prima

El precio del seguro. En la póliza o en el recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso

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

Prótesis

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

Servicios de urgencia a domicilio

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

Siniestro

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

Solicitud de seguro

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

Tomador del seguro

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

Urgencia

Situación caracterizada por la alteración inesperada, repentina y crítica del estado de salud del paciente de forma que su vida o capacidad funcional se vean amenazadas.

Urgencia extrema o vital

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

Grupo asegurable

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

Modalidad Acto Médico

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

Plazo de disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del asegurado, que este no declaró en el cuestionario de salud. Transcurrido dicho plazo, el asegurador solo tendrá esa

facultad en el caso de que el tomador o asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente dichas enfermedades anteriores o preexistentes en el cuestionario de salud.

Condición médica preexistente

Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo, embarazo o gestación), que se inician con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

ARTÍCULO 2.º

OBJETO DEL SEGURO

RIESGOS CUBIERTOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes condiciones generales, en las particulares y, en su caso, en las especiales y en los suplementos o apéndices de la póliza que se emitan, y mediante el pago de la prima y las franquicias que en cada caso correspondan, FIATC se compromete a poner a disposición del asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el asegurado podrá solicitar la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las condiciones especiales indicadas en las condiciones particulares de la póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas condiciones especiales y al cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes condiciones generales y en las condiciones particulares de la póliza.

El seguro se basa en la libre elección de los médicos de entre los detallados en la Guía Médica de FIATC. El derecho de libertad de elección de médico por los asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de FIATC por los actos de aquellos, sobre los que FIATC no tiene capacidad de control por la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. FIATC es totalmente ajena a la relación que surja entre el asegurado y los profesionales o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los asegurados.

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, dicho servicio será facilitado en la localidad donde este pueda realizarse, a elección del asegurado. El asegurador prestará la asistencia descrita anteriormente, asumiendo el coste de la misma mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hayan realizado la prestación.

Anualmente se analizará la integración en las coberturas de esta póliza de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica. En este sentido, en cada renovación anual FIATC detallará y comunicará las técnicas o tratamientos que pasen a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente período y, si dicha incorporación conlleva algún tipo de franquicia, esta también será comunicada.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador asume la asistencia necesaria de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de las presentes condiciones generales de la póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

No es objeto de cobertura de este seguro la cobertura hospitalaria ni las intervenciones quirúrgicas. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

2.1. RIESGOS EXCLUIDOS:

- A. La asistencia sanitaria hospitalaria, tanto en régimen ambulatorio como en hospital de día o mediante ingreso, así como actos terapéuticos y quirúrgicos, excepto los detallados en las condiciones especiales del seguro.**
- B. Las intervenciones quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas.**
- C. La asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.**
- D. La asistencia al parto, cesárea y embarazo de riesgo que requieran ingreso hospitalario.**
- E. Queda expresamente excluido cualquier medio de diagnóstico, excepto los detallados en las condiciones especiales del seguro.**
- F. Los Cateterismos, la Hemodinámica Vascular, la Radiología Intervencionista, la Tomografía por Emisión de Positrones, la Logopedia y Foniatría, la Radioterapia y la Quimioterapia.**

- G. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase.
- H. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes o congénitos, 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 aquellos, siempre que fueran conocidos por el tomador del seguro o asegurado y no declarados.
El tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios o de cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o bien si, en el momento de la suscripción, padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. En este caso, la afección se considerará como preexistente o congénita y, en consecuencia, quedará excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes o congénitas, la entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en caso de aceptarla, el derecho a incluir la correspondiente cláusula de exclusión de la cobertura de las mismas, así como de las secuelas derivadas de ellas. Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o tomador por no haber presentado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido 1 año desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.
- I. Los daños producidos a consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo, los causados por epidemias y pandemias declaradas oficialmente, los que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- J. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con este, así como sus complicaciones y secuelas.
- K. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o

accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado. La asistencia derivada de intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

- L. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo, como el toreo y encierro de reses bravas; de la práctica de deportes peligrosos, tales como buceo, bobsleigh, boxeo, artes marciales, escalada, carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, hípica, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting y barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa, así como cualquier otra actividad de las denominadas de aventura.
- M. La cámara hiperbárica, el tratamiento con diálisis y hemodiálisis y el de riñones artificiales.
- N. El diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas estéticas y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación realizados con fines puramente estéticos o cosméticos. Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fines estéticos, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos, tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía o presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular, así como la ortoqueratología. Quedan igualmente excluidas las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
- O. Todo tipo de trasplantes o autotrasplantes de órganos, así como injertos o autoinjertos de órganos, tejidos, células o componentes celulares.
- P. Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios y piezas anatómicas y ortopédicas. Se excluyen, además, corazones artificiales, implantes de columna y biomateriales o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en la póliza, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas. Se excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.
- Q. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro de automóvil de suscripción obligatoria.

- R. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos, aunque se administren durante su internamiento. Quedan igualmente excluidas todo tipo de vacunas.
- S. En psiquiatría y psicología clínicas, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o la narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, así como del desarrollo de origen diverso.
- T. Los gastos de viaje y desplazamiento.
- U. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o bien cuando se conviertan en terapia de mantenimiento ocupacional; la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de origen diverso. Queda excluida la estimulación precoz.
- V. Las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la excepción exclusiva de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no estén demostradas. Quedan excluidas la Medicina Regenerativa, la Medicina Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas y la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso pasivo y los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- W. Aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, o que hayan sido manifiestamente superados por otros disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz

a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento, así como los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque estén prescritos por un facultativo.

- X. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, tales como hoteles, balnearios, centros de spa, asilos, residencias y centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque estén prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. Queda también excluida la hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, y la hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria. Queda excluida, además, la asistencia sanitaria en centros privados no concertados y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España o dependientes de las Comunidades Autónomas. En todo caso, FIATC se reserva el derecho a reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.
- Y. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, las vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos, salvo lo que esté incluido expresamente en las condiciones de la póliza.
- Z. La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También están excluidos el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de fecundación asistida. Queda excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil. Queda excluida la cirugía fetal.
- AA. Terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, drenaje linfático, mesoterapia, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- BB. Cualquier asistencia sanitaria no incluida o expresamente excluida en la descripción de cobertura de las condiciones especiales de la póliza.
- CC. La alta tecnología médica diagnóstica o terapéutica, salvo lo detallado en el apartado de coberturas de estas condiciones generales.
- DD. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía o de la apnea

- obstructiva del sueño y los tratamientos o modalidades de radioterapia, además de sus indicaciones médicas que no se detallan expresamente en estas condiciones generales. Además, queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife y la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal o adaptada a la respiración (4D).
- EE.** La odontología endodóncica, periodóncica y ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología, la cirugía ortognática y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
- FF.** Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- GG.** La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, incluidos los neuronavegadores y el sistema Carto, así como los tratamientos que utilicen láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en las presentes condiciones generales. La cirugía de cambio de sexo.
- HH.** El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fines de pronóstico o diagnóstico, si estos se pueden obtener por otros medios o no tienen repercusión terapéutica.
- II.** La medicina regenerativa, la medicina biológica, la inmunoterapia y cualquier medio de diagnóstico o tratamiento realizados mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en las condiciones generales de la póliza.

ARTÍCULO 3.º

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

1. La asistencia sanitaria cubierta por el seguro, de acuerdo con las condiciones de la póliza, se prestará en todas las ciudades españolas donde la entidad cuente con cuadros médicos concertados (Guía Médica) y se realizará por los facultativos allí incluidos.

Cuando en la Guía Médica de la entidad de cualquier población que le corresponda al asegurado en función de su domicilio habitual no exista alguno de los servicios descritos en la cobertura del contrato, el asegurado podrá elegir el cuadro médico **concertado por la entidad** de la población del territorio nacional que estime más idónea. Los gastos de desplazamiento correrán siempre por cuenta del asegurado.

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

FIATC no se hará cargo de los honorarios de facultativos ajenos a su Guía Médica, ni de los gastos de internamiento hospitalario o servicios que los mismos pudieran prescribir. Tampoco se hará cargo de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la aseguradora, sea cual sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que la aseguradora hubiera autorizado previamente los mismos.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones de la aseguradora a disposición del asegurado.

2. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el asegurado deberá presentar la tarjeta sanitaria personal FIATC, que el asegurador le entregará a tal efecto, y deberá firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias será entregada al asegurado como comprobante.

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

Por su parte, el asegurado abonará por el servicio recibido el importe que se establezca en las condiciones particulares en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos.

El asegurado efectuará el pago de las franquicias directamente al profesional o centro que haya prestado los servicios franquiciados.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por FIATC de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

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

a) ASISTENCIA DOMICILIARIA

Las visitas domiciliarias se efectuarán **cuando el asegurado no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a causa de la enfermedad que padezca**. En los casos de urgencia, deberá acudir al servicio permanente que tenga establecido el asegurador, en los centros de urgencias cuyas direcciones figuran en la Guía Médica de la entidad.

La entidad se compromete a prestar los servicios únicamente en el domicilio del asegurado que figure en la póliza, siempre y cuando dicho servicio esté concertado por la entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo deberá ser notificado al asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de 8 días al requerimiento de cualquier servicio. La entidad se compromete a emitir el suplemento correspondiente.

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

b) LIBRE ELECCIÓN DE FACULTATIVO

La asistencia por parte de un especialista de la Guía Médica se realizará en el consultorio del facultativo, al cual se podrá acudir por propia iniciativa o por indicación de otro médico de la entidad.

c) SERVICIOS ASISTENCIALES

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

d) ENFERMERÍA

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

e) AUTORIZACIONES

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte del asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria y las de especialista, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán autorización previa los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos y la medicina preventiva objeto de seguro y detallados en las condiciones especiales de la póliza.

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

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

f) TARJETA SANITARIA PERSONAL FIATC

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

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

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

ARTÍCULO 4.º

PERÍODO DE CARENIA

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

- Seis meses para tratamientos especiales.
- Tres meses para los medios complementarios de diagnóstico.
- Las pruebas de seguimiento del embarazo y parto tendrán un período de carencia de 6 meses.

Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados, siempre que se determine su duración en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 5.º

FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

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

CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

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

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

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito. El asegurador está obligado a entregar la póliza al tomador del seguro. El tomador deberá devolver al asegurador un ejemplar firmado por él de las condiciones particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

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

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

ARTÍCULO 6.º

DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares y, salvo pacto en contrario, la duración de la póliza se ajustará al año natural.

La póliza se prorrogará tácitamente por períodos anuales. Cualquiera de los contratantes puede oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita diri-

gida al otro y efectuada con una antelación mínima de 2 meses con respecto a la fecha de conclusión del año en curso.

En las modalidades que correspondan, si el asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por FIATC oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtiría efecto respecto de dicho asegurado hasta la fecha en que este obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del asegurado a seguir el tratamiento.

ARTÍCULO 7.º

PAGO DE PRIMAS

Uno. El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima mediante domiciliación bancaria, salvo que se acuerde otra cosa en las condiciones particulares.

Con este fin, el tomador del seguro entregará a FIATC los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el pago de los recibos de este seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos

Dos. La primera prima o fracción de la misma será exigible, conforme al artículo 15 de la ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del tomador, FIATC tendría derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza; y, si no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su aplicación salvo pacto en contrario. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario

Tres. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de esta, la cobertura del asegurador quedará **suspendida 1 mes** después del día del vencimiento del recibo y, si FIATC no reclama el pago dentro de **los 6 meses** siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volvería a tener efecto **transcurridas 24 horas** a partir del día en que el tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el asegurador solo podrá exigir el pago de la prima del período en

curso. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

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

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

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

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

En las condiciones particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el tomador para el pago de los recibos de la prima.

ARTÍCULO 8.º

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Uno. El tomador del seguro (y, en su caso, el asegurado) tiene las obligaciones siguientes:

a) Declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario al que este lo someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no lo somete al cuestionario o cuando, aun sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan inferir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.

b) Comunicar al asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario presentado

por el asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, este no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el asegurado. En tales circunstancias, el asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si el tomador del seguro rechaza la propuesta.

c) Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado b) anterior.

d) Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de su notificación y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año. Asimismo, la prima se adaptará a la nueva situación.

En su caso, los hijos **recién nacidos** de la madre asegurada serán incorporados automáticamente en la póliza, a menos que durante el embarazo se excluyan expresamente por el tomador del seguro con todos sus derechos y obligaciones, no aplicándose un período de carencia superior al que faltase por consumir a la madre y, en su defecto, al padre.

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

f) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, si el asegurador hubiera cubierto la asistencia, el asegurado, o en su caso el tomador, estarán obligados a facilitar a FIATC los datos y colaboración necesarios para ello.

g) El asegurado deberá facilitar al asegurador durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médicas le sean requeridas a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez requeridas estas por el asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura queda-

rá en suspenso hasta la completa obtención de la información y la documentación. El asegurador también podrá reclamar al asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada a posteriori por la información médica facilitada por el asegurado.

h) Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de asegurado presentando el carné de la compañía. Igualmente, estará obligado a mostrar su documento nacional de identidad o, en su caso, un documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuesen requeridos.

Dos. El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo **de 1 mes** desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

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

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

ARTÍCULO 9.º

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

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

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

b) El asegurador entregará al tomador del seguro una tarjeta sanitaria FIATC por cada uno de los asegurados incluidos en la póliza.

Asimismo, en el momento de suscribir la póliza, FIATC pondrá a disposición del tomador la Guía Médica correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro de urgencia permanente, así como con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

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

A estos efectos, la Guía Médica se encontrará a disposición del tomador a través de la página web de FIATC o en las oficinas del asegurador, previa solicitud por escrito de la misma.

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

c) El asegurador, una vez asumidos los gastos derivados de los servicios sanitarios, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de dichos gastos.

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

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

viene de dolo o si está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

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

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

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

e) En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- El asegurador puede, en el plazo de 2 meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le haya sido declarada por el tomador del seguro o asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador del seguro dispone de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, otorgándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste. Transcurridos estos y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.
- El asegurador podrá rescindir igualmente el contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro o, en su caso, al asegurado dentro de 1 mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo y sobrevenga un siniestro, el asegurador quedará liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han 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.

ARTÍCULO 10.º

PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO

Uno. El asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

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

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

b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador y han actuado con mala fe.

c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario.

d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado.

Dos. Si el tomador hubiera declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de uno o más asegurados al solicitar el seguro, FIATC solo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediera los límites de admisión establecidos por el asegurador. En el supuesto de que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador estará obligado a pagar a FIATC la diferencia existente entre las cantidades efec-

tivamente satisfechas a este en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiera correspondido pagar según su verdadera edad. Si la prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el asegurador estará obligado a reintegrar al tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

ARTÍCULO 11.º

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

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

ARTÍCULO 12.º

PRESCRIPCIÓN

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

ARTÍCULO 13.º

COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

Uno. Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante del asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este. Asimismo, el pago de los recibos de prima efectuado por el tomador del seguro al referido

agente se entenderá realizado al asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

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

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un agente libre o un corredor al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este.

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

ARTÍCULO 14.º

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

La entidad, anualmente, podrá modificar las primas, actualizar, en su caso, el importe correspondiente a la franquicia o participación del asegurado en el coste de los servicios, o bien revisar las prestaciones teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 30/1995 sobre Ordenación del Seguro Privado, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Al recibir la notificación de las anteriores actualizaciones para la siguiente anualidad, el tomador del seguro podrá optar entre la prórroga del contrato, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al asegurador su voluntad de dar por finalizada la relación contractual a su término.

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

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figure en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados de la póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. El tomador da su conformidad con las variaciones que se produzcan por tal motivo, tanto dentro de una misma anualidad como en cada vencimiento en el importe de las primas.

ARTÍCULO 15.º

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRESTACIONES

La entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de la incorporación posterior de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasen a formar parte de las coberturas de la póliza como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica.

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

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación por parte del tomador del seguro del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

ARTÍCULO 16.º

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA

En cumplimiento de lo previsto en la vigente Ley sobre Ordenación del Seguro Privado, se hace constar que los socios mutualistas tendrán los derechos y obligaciones que se determinen en los estatutos de la mutua con respecto a la derrama activa y pasiva. Dichos estatutos están a disposición de los socios mutualistas.

FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es