



Seguro Colectivo de Accidentes Temporal Anual Renovable Extracto de Condiciones Generales y Particulares Póliza nº: 2512700160-7

Tomador: FEDERACIÓ D'ENTITATS EXCURSIONISTES DE CATALUNYA.
Rambla, 41 — Principal 08002 BARCELONA — NIF: G-58134081

Entidad Aseguradora: Agrupació AMCI, S.A., de Seguros y Reaseguros.
Carretera de Rubí, núm. 72-74, Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès - Barcelona (España) – NIF A-65782807

Mediador: BORRAS-VÁZQUEZ-CAMESELLE-ARTAI, S.A.
Avda. García Barbón 48, 36201 Vigo (Pontevedra) – NIF A-36768257

Régimen del contrato

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, así como por lo establecido en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por las demás normas reguladoras de los seguros privados que resulten de aplicación. Asimismo, se rige por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, y, en su caso, en los Certificados Individuales de Seguro de este mismo contrato y los suplementos o anexos a éstos, y siempre que se realice por parte del Tomador el pago efectivo de las primas pactadas.

Las partes acuerdan expresamente, previo pago de la prima que en su caso proceda, introducir en la póliza todas las modificaciones que sean necesarias mediante la emisión de suplementos o anexos a las Condiciones Generales y/o Particulares y/o Certificados Individuales de Seguro de este contrato, sin que tales modificaciones den lugar a la extinción de la relación contractual originaria recogida en la póliza.

Definiciones

Grupo asegurable: Personas pertenecientes a la FEEC a través de “Licencia Temporal” concedida para la realización de actividades concretas en fechas determinadas, organizadas por clubs, entidades miembros de la FEEC o por la propia FEEC en España, Andorra y Pirineos franceses.

Grupo asegurado: Personas que pertenezcan al grupo asegurable en la fecha de constitución del presente contrato, y que cumpliendo con las condiciones de adhesión, el Tomador autorice a incluir en la póliza y la Entidad Aseguradora acepte asegurar, y sean poseedores de La “Licencia Temporal” para la actividad realizada.

La incorporación al seguro de los Asegurados en la fecha de constitución del presente contrato o en un momento posterior, sólo tendrán lugar si los mismos disfrutaban de plena capacidad para el desarrollo de la actividad definida en su caso en las presentes Condiciones Particulares, disfrutaban de buen estado de salud, y no padecen ninguna incapacidad permanente o temporal, enfermedad grave ni se encuentran incurso en ningún procedimiento de declaración de incapacidad en cualquier grado.

Fecha de vencimiento: Aquella fecha en la que el contrato o la relación aseguradora, según sea el caso, quedarán extinguidos por haber transcurrido el plazo convenido o por haberse realizado el pago de la última de las prestaciones que, de acuerdo con las condiciones del contrato, haya de satisfacer la Entidad Aseguradora.

Fecha de devengo: Aquella fecha en la que la prestación es exigible, según se hubiera convenido y siempre que se cumpla la/s condición/es fijada/s para ello.

Periodo de carencia: Periodo que media hasta la fecha de inicio del periodo de cobertura de cada prestación contratada.

Periodo de cobertura: Periodo en el que debe ocurrir el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura en cada una de las prestaciones garantizadas.

Periodo de devengo: Aquel durante el cual se percibe la prestación pactada en póliza.

Accidente: Las referencias al concepto “accidente” deberán entenderse como toda lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado. **En ningún caso se considerará accidente:**

a) El infarto de miocardio, entendiéndose como tal la muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco (miocardio), consecuencia de la obstrucción de una o

- del dedo pulgar;
 - derecho: 22%, izquierdo: 18%
- del dedo índice;
 - derecho: 15%, izquierdo: 12%
- de uno de los demás dedos de la mano;
 - derecho: 8%, izquierdo: 6%
- de una pierna: 50%
- de todos los dedos y una parte del pie: 25%
- del dedo gordo del pie: 8%
- de uno de los demás dedos del pie: 3%
- pérdida completa de la visión de un ojo: 30%
- reducción de la mitad de la visión binocular: 25%
- sordera completa: 60%
- sordera total de un oído: 15%
- fractura no consolidada de una pierna o un brazo: 25%
- rigidez completa de la columna vertebral: 40%
- extracción de la mandíbula inferior: 25%
- fractura no consolidada de la mandíbula inferior: 20%
- pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro: 20%
- impotencia funcional absoluta del codo: 20%
- impotencia funcional absoluta de la cadera: 20%
- impotencia funcional absoluta de la rodilla: 20%
- impotencia funcional absoluta del empeine del pie y del tobillo: 20%
- fractura no consolidada en la rótula: 20%
- encogimiento de cinco cms., por lo menos, de un miembro inferior: 20%
- encogimiento de tres cms., por lo menos, de un miembro inferior: 10%
- pérdida completa del uso de los dedos de una mano: 10%
- amputación de cuatro falanges de una mano: 10%
- pérdida completa de los movimientos de la muñeca: 10%

La expresión "pérdida completa del uso de un miembro" significa su impotencia funcional absoluta, de tal manera que los miembros de los cuales no se pueda hacer ningún uso, haya que considerarlos como perdidos o amputados.

En caso de que el Asegurado fuese zurdo, se invertirán los porcentajes establecidos en el baremo para los lados derecho e izquierdo.

Serán de aplicación, como complemento del anterior baremo, las siguientes normas:

a) El porcentaje aplicable en caso de existencia de varios tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional derivados de un mismo accidente se determinará sumando los porcentajes propios de cada pérdida anatómica o impotencia funcional y, como máximo, hasta un porcentaje del 100%.

b) La suma de los porcentajes por varios tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

c) Los tipos de pérdida anatómica o impotencia funcional no especificados de modo expreso en el baremo se valorarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

d) Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial serán valoradas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro afectado.

e) Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba, con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

f) Cuando el abono de cantidades derivadas de invalidez permanente parcial por accidente alcance el 100% del importe asegurado por esta prestación, se extinguirá la relación aseguradora.

g) En caso de fallecimiento del Asegurado que sea consecuencia del mismo accidente por el que se pagó la prestación de invalidez permanente parcial por accidente, el importe a indemnizar se reducirá en el importe ya abonado.

Esta prestación es independiente del hecho de que el Asegurado se encuentre en situación de invalidez permanente parcial según el régimen correspondiente de la Seguridad Social y, por tanto, el reconocimiento de dicha situación por parte del órgano competente no determina que, necesariamente, se genere el derecho del beneficiario a percibir esta prestación.

Se excluye la garantía de invalidez permanente parcial por accidente para los asegurados mayores de 75 años.

1.3.3.- Prestaciones por asistencia sanitaria por accidente durante la práctica deportiva, en que la Entidad Aseguradora se compromete respecto los casos de accidentes garantizados por el contrato de seguro, a asumir los gastos indicados a continuación. Todo ello dentro del límite indicado en Condiciones Particulares y durante un plazo máximo de dieciocho meses a contar desde la fecha del accidente, ocurrido durante el periodo de cobertura, y siempre que, en caso de viaje, el accidente se produzca durante los primeros noventa días consecutivos a partir del inicio del mismo, con la excepción de las expediciones a zonas donde se requieran más de 90 días, las estancias temporales en el extranjero para

Conforme a lo previsto en la Ley del Contrato de Seguro en lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria, la Entidad Aseguradora se subrogará, por el solo hecho del pago de la indemnización, en todos los derechos y acciones que correspondan al asegurado contra terceras personas responsables del accidente, pudiendo ejercitar tales derechos en nombre propio o del Asegurado, en cuyo caso éste deberá otorgar los poderes necesarios para ello, cuyo coste será por cuenta de la Entidad Aseguradora. En cualquier caso, el Asegurado deberá colaborar plena y fielmente con la Entidad Aseguradora en aras a la mejor tramitación de la acción que se ejercite.

A efectos de esta prestación será necesario que la primera asistencia sanitaria que se pretenda cubrir por la póliza sea recibida en los 7 días siguientes al acaecimiento del correspondiente accidente garantizado por el contrato de seguro.

1.3.4.- Prestaciones por Asistencia y Rescate por accidente, en que la Entidad Aseguradora se compromete respecto los casos de accidentes garantizados por el contrato de seguro, a asumir los gastos de la prestación establecida en las coberturas indicadas a continuación. Todo ello con el límite máximo señalado en las mismas y como consecuencia de un accidente, ocurrido durante el periodo de cobertura, y siempre que, en caso de viaje, el accidente se produzca durante los primeros noventa días consecutivos a partir del inicio del mismo, con la excepción de las expediciones a zonas donde se requieran más de 90 días, las estancias temporales en el extranjero para entrenamientos especiales o la prestación de servicios temporales como entrenadores o monitores en caso de estancias en Andorra.

a) Búsqueda y rescate en España y en el extranjero. La Entidad Aseguradora se hará cargo de los gastos que sean originados a consecuencia de la búsqueda y/o rescate del Asegurado, cuando éste haya sufrido un accidente o la situación represente un riesgo manifiesto para la vida o la integridad física del Asegurado. En este último caso, se entenderá también cubierta la primera asistencia sanitaria de carácter urgente.

El reembolso de gastos se hará contra los documentos justificativos originales (facturas, recibos o análogos) y dentro del límite convenido. El límite máximo asegurado por este concepto se establece en el apartado 2.- Capitales, Actividades y Ámbito de cobertura por modalidad.

b) Transporte o repatriación sanitaria de heridos en España y en el extranjero. En caso de sufrir el Asegurado un accidente, la Entidad Aseguradora se hará cargo de los siguientes gastos:

- El transporte en ambulancia hasta la clínica y hospital más próximo.

- Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido, para determinar las medidas convenientes en vistas al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

- El traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cerca de su domicilio, la Entidad Aseguradora se hará cargo, en su momento, de los gastos del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos o adecuados, según las circunstancias.

1.4.- Forma de cobro de la prestación

Las prestaciones contratadas que impliquen una obligación de pago por parte de la entidad aseguradora a favor del beneficiario se percibirán en forma de capital inmediato a la fecha de acaecimiento del siniestro.

2 - Capitales, Actividades y Ámbito de cobertura por modalidad

Modalidad 1

Actividades: Caminatas y Marchas Populares.

Ámbito: España

Garantías y capitales:

- Fallecimiento por accidente, durante la práctica deportiva: 6.000,00 €
- Fallecimiento, cuando este se produzca durante la práctica deportiva, pero sin causa directa con la misma: 1.800,00 €
- Invalidez permanente parcial por accidente, durante la práctica deportiva: 12.000,00 €
- Asistencia Sanitaria por accidente, durante la práctica deportiva limitada a (*):
 - En centros concertados, limitada a: 3.000,00 €
 - En centros No concertados, limitada a: 1.200,00 €
 - En el extranjero, limitada a: 2.500,00 €
- Asistencia y rescate por accidente durante la práctica deportiva limitada a: 9.000,00 €

En cualquier caso, para la aceptación por parte de la Entidad Aseguradora de la modificación de las prestaciones aseguradas, el Asegurado y/o beneficiario quedan obligados a declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta les someta, todas las circunstancias conocidas por aquellos que puedan influir en la valoración del riesgo. La Entidad Aseguradora también se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, documentación acreditativa de la edad del/los Asegurado/s y/o beneficiarios.

Declaraciones

El Tomador del seguro y/o el/los Asegurado/s tiene/n el deber, antes de la perfección del contrato o de cada relación aseguradora, de declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario al que ésta les someta, todas las circunstancias conocidas por ellos que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán liberados de tal deber si la Entidad Aseguradora no les somete a ese cuestionario o cuando, aun habiendo sido sometidos a él, se trate de circunstancias que, aunque puedan influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en dicho cuestionario.

La Entidad Aseguradora se reserva el derecho de solicitar, si lo estima conveniente, un cuestionario al asegurado o documentación que acredite su edad.

En el supuesto de que la edad del Asegurado declarada no fuera la exacta, la Entidad Aseguradora podrá impugnar el contrato o la relación aseguradora si la edad correcta, en el momento de su entrada en vigor, excediera de los límites de admisión establecidos por ella.

El Tomador del seguro y/o el/los Asegurado/s deberá/n comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como les sea posible, todos y cada uno de los hechos - si los hubiera- que incrementen el riesgo cubierto en el contrato y que sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidos en el momento de la perfección del contrato, la Entidad Aseguradora no lo hubiera suscrito, o bien lo hubiera concluido con condiciones más gravosas para el Tomador. La obligación de proporcionar esta información se extiende desde la fecha de perfección del contrato, o de cada relación aseguradora, hasta la fecha de su vencimiento.

Si el contenido expresado en la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes, a partir de la entrega de la póliza, que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin que la reclamación hubiera sido efectuada, se entenderá un acatamiento de lo dispuesto en la póliza.

Duración

La duración del contrato será anual, salvo que se establezca en las Condiciones Particulares un plazo diferente. El efecto del seguro se inicia a las 0 horas de la fecha de efecto y termina a las 24 horas de la fecha de vencimiento.

Las relaciones aseguradoras incluidas con posesión de "Licencia Temporal" concedida para la realización de actividades concretas en fechas y periodos determinados, organizadas por clubs, entidades miembros de la FEEC o por la propia FEEC en España, Andorra y Pirineos franceses tendrán la duración establecida para cada actividad en concreto según se determine en cada "Licencia Temporal".

La regularización de prestaciones y la contratación de nuevas prestaciones tomarán efecto en la fecha indicada en el correspondiente suplemento a Condiciones Particulares siempre que se haya procedido al pago de la prima correspondiente, y permanecerán vigentes durante el periodo que se establezca con el límite máximo de las 24 horas del día 31 de diciembre siguiente.

A su vencimiento, y siempre que el Tomador esté al corriente en el pago de la/s prima/s, el contrato y las relaciones aseguradoras que lo integran se prorrogarán automáticamente por sucesivas anualidades, salvo que alguna de las partes solicite su rescisión, oponiéndose a la prórroga mediante comunicación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo mínimo de, al menos, un mes de anticipación al vencimiento de la anualidad de seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.

Variaciones en la composición del grupo asegurado y beneficiarios

El Tomador del seguro está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en el grupo asegurado y en los beneficiarios. Salvo lo dispuesto, en su caso, en Condiciones Particulares, estas variaciones pueden consistir en:

a) Altas de Asegurados: Originadas por la inclusión en la relación de Asegurados de aquellas personas que formen parte del grupo asegurable y que satisfagan las condiciones de aseguramiento con posterioridad a la fecha de la entrada en vigor del seguro de grupo, según lo establecido en Condiciones Particulares o suplemento/s correspondiente/s.

b) Bajas de Asegurados: Tendrán lugar por la concurrencia de alguna de las causas siguientes:

b.1) Dejar de formar parte del grupo asegurado.

b.2) Fallecimiento del Asegurado.

importe de ésta comprenderá necesariamente el período de retroacción de la eficacia del seguro.

2.- Demora e Impago de primas

Si la primera prima de la relación aseguradora no hubiera sido abonada en la fecha de su vencimiento por motivos imputables al Tomador, la Entidad Aseguradora podrá ejercer su derecho de resolver la operación o de exigir el pago por la vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no hubiera sido abonada antes de que se produjera el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación. No será causa de liberación si el siniestro tiene lugar durante el período de retroacción de la eficacia del seguro, salvo que la Entidad Aseguradora acredite la concurrencia de una causa justa que le impida la prestación de su conformidad al cuestionario formulado al Asegurado, o que suponga la concurrencia de dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado al formalizar el referido cuestionario.

En caso de falta de pago de una prima única correspondiente a una renovación, la cobertura de la Entidad Aseguradora quedará suspendida un mes después del vencimiento de dicha prima. Si la Entidad Aseguradora no reclamara el pago de dicha prima dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de dicha prima, se entenderá que la relación aseguradora queda extinguida.

Si cualquier fracción de prima única no hubiere sido abonada en la fecha de su vencimiento por motivos imputables al Tomador, la Entidad Aseguradora tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la fracción o fracciones de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. A tal efecto, el impago de la fracción de prima única recibirá el mismo tratamiento que el impago de prima única anual no fraccionada establecido en el segundo párrafo del presente apartado.

Sin perjuicio de las facultades de la Entidad Aseguradora establecidas en relación al impago de primas, el retraso en el pago de cualquier prima debida devengará un tipo de interés igual al interés de demora previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado vigente, más dos puntos.

Salvo que en Condiciones Particulares se estableciera otra regulación, en las pólizas contratadas con contribución del Tomador y el Asegurado en el coste del seguro, el impago de una parte de la prima por cualquiera de los obligados será considerado como impago de la totalidad y sin perjuicio de la devolución, en su caso, de la parte de prima cobrada por la Entidad Aseguradora.

3- Domiciliación o transferencia bancaria

Las primas a abonar por el Tomador se harán efectivas a la Entidad Aseguradora mediante domiciliación o transferencia bancaria. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria desde el exterior, se precisará que el país de origen sea un país de la Unión Europea.

En caso de domiciliación bancaria de las primas, ésta se ajustará a las siguientes condiciones:

- 1) El obligado al pago de la primera prima entregará a la Entidad Aseguradora un escrito dirigido a la Entidad Financiera en el que figure la correspondiente orden de domiciliación.
- 2) La segunda y siguientes primas se entenderán satisfechas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley del Contrato de Seguro, no existiesen fondos suficientes en la cuenta.

En caso de extorno o retrocesión de prima el importe a abonar se realizará mediante la emisión de la orden de abono correspondiente al depósito de una Entidad Financiera autorizada para operar en España. En el caso de que se trate de una transferencia bancaria al exterior, se precisará que el país de destino sea un país de la Unión Europea.

Valores garantizados

Por las características de esta póliza, el Tomador no tiene derecho a obtener anticipos sobre la prestación asegurada, no dispone de derecho de rescate y no tiene derecho a solicitar la reducción de la operación.

Riesgos excluidos

1. Quedan excluidos de la cobertura de éste contrato los siniestros ocurridos a consecuencia de:

a) **Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.**

b) **Hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.**

c) **Los siniestros ocurridos en caso de conflicto armado - aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra -, así como las manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo, sabotaje, huelgas, detenciones por parte de cualquier autoridad por delito no derivado de accidente de circulación, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el Asegurado pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.**

d) **La invalidez temporal o permanente preexistentes a la incorporación del Asegurado y que**

2. Cualquier accidente ocurrido en carretera asfaltada excepto en los siguientes casos :
- Cruces o intersecciones de una pista con carretera asfaltada.
 - Trayectos desde la población donde se encuentre el club hasta el inicio de la pista forestal, camino o similar, sin asfalto (excepto trayectos urbanos).
 - Tramos intermedios, en carretera asfaltada, entre dos caminos no asfaltados tratándose siempre de una distancia corta.
3. La participación en pruebas y carreras competitivas.

t) Quedan excluidos de cobertura, los procesos por sobrecargas musculares, sobrecargas articulares, así como las tendinitis no traumáticas, dado que dichos procesos no obedecen a hechos súbitos y violentos por acción externa ajena a la voluntad del Asegurado.

u) Quedan excluidos los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, excepto endoprótesis óseas y material de osteosíntesis.

v) Quedan expresamente excluidos todos aquellos siniestros no comunicados a la Entidad Aseguradora en un plazo máximo de 7 días contados desde la fecha en la que se pudo comunicar el siniestro, a no ser que exista, dada la gravedad del siniestro, motivo suficiente que justifique la falta de comunicación en el plazo establecido así como la falta de medios disponibles.

w) La participación del Asegurado en actos delictivos o criminales.

x) La práctica de cualquier actividad que se realice con vehículos a motor.

2. Adicionalmente a los riesgos excluidos en el apartado 1 (anterior), están excluidos de la cobertura de las Prestaciones por asistencia, rescate y repatriación:

a) La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.

b) Quedan excluidas las operaciones de rescate, búsqueda o salvamento que se hayan producido como consecuencia directa o indirecta de una imprudencia temeraria del Asegurado.

c) Quedan excluidas las operaciones de rescate, búsqueda o salvamento cuando no haya accidente y la situación no represente un riesgo para la vida o la integridad física del Asegurado.

d) Quedan expresamente excluidos todos los accidentes acaecidos en cualquier medio de transporte público o privado que signifique un desplazamiento significativo, así como aquellos producidos en núcleos urbanos (excepto que el accidente se produzca mientras el asegurado esté participando en pruebas o circuitos como federado). Es decir, únicamente quedan cubiertos los accidentes sucedidos en el entorno de la montaña así como en los medios de transporte necesarios para la práctica deportiva, como por ejemplo los remontadores, trenes cremallera, teleféricos, etc...

e) Gastos y gestiones que impliquen las honras fúnebres e inhumación.

Tramitación de siniestros

Agrupació AMCI, S.A., pone a disposición del Federado el número de teléfono 901120130 (24 horas) para que éste pueda ponerse en contacto directamente con la compañía, obligándose ésta a facilitar todos los medios necesarios para prestar asistencia al accidentado. Este servicio cubrirá el primer nivel de asistencia y consecuentemente el seguimiento del afectado para dirigirlo hacia un segundo nivel de especialización y/o rehabilitación. Además, en caso de necesidad se pone a disposición el teléfono + 34 648275421 utilizable para SMS o Whatsapp.

En caso de accidente en el extranjero se facilita el número de teléfono internacional +34 934957662 (24 horas), donde se pondrá a disposición del accidentado tanto el servicio de rescate, repatriación de heridos o fallecidos, así como los de asistencia en caso de necesidad.

Los Asegurados deberán presentar la "Licencia Temporal" y demostrar que el accidente se ha producido durante el periodo de cobertura para recibir las prestaciones del contrato. En cualquier caso, la FEEC se compromete a facilitar a Agrupació AMCI S.A. la información necesaria a fin de confirmar que la persona siniestrada estaba realizando la actividad objeto de cobertura en el momento del accidente. En caso de no poder demostrarlo, la persona accidentada no tendría cobertura y los posibles gastos, de cualquier tipo, que se hayan generado por el aviso del siniestro podrán ser repercutidos a la persona accidentada.

Pago de las prestaciones

1.- La Entidad Aseguradora cumplirá con la obligación derivada de la prestación convenida una vez formulada la declaración de siniestro, debidamente documentada según lo que se indica en la cláusula siguiente y, si corresponde, en las Condiciones

Si una de las partes no hubiera designado el perito médico correspondiente, estará obligada a hacerlo en los ocho días siguientes a la fecha en que le sea requerida por la parte que ya hubiera designado el suyo. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera procedido a la designación reclamada, se entenderá que esa parte acepta el dictamen y por tanto se vincula a él - del perito designado por la otra parte.

Si los peritos médicos establecieran un dictamen común, lo harán constar en un acta conjunta en la cual especificarán las causas del siniestro y el carácter permanente, o no, de la invalidez, siempre de acuerdo con las definiciones y estipulaciones de este contrato.

Si los citados peritos establecieran dictámenes diferentes, ambas partes designarían, de común acuerdo, un tercer perito. Si no existiera acuerdo para tal designación, sería el Juez de Primera Instancia adscrito al domicilio del Asegurado será el encargado de hacerlo en un acto de jurisdicción voluntaria y según los trámites para la insaculación (designación aleatoria) de peritos previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial será emitido en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la fecha en que el tercer perito acepte su designación.

El dictamen -unánime o por mayoría- de los peritos, será notificado inmediatamente a las partes y en forma indubitada. Este dictamen será vinculante para ambas, salvo que sea impugnado judicialmente por alguna de ellas (el Tomador o beneficiario dispondrán de un plazo máximo de ciento ochenta días para hacerlo; y la Entidad Aseguradora, de treinta, a partir, ambos, de la fecha de notificación del dictamen). Transcurridos dichos plazos sin que hubiera sido interpuesta la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios del perito médico que hubiera designado. Los honorarios del tercer perito, si éste fuera necesario, y los demás gastos derivados de esa eventual intervención pericial correrán a cargo, a partes iguales, del Tomador o beneficiario y de la Entidad Aseguradora. No obstante, si esa tercera peritación hubiera sido necesaria debido a que una de las partes hubiera mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada del daño, será únicamente ella la que afrontará los gastos generados.

Si el dictamen de los peritos no fuera impugnado, la Entidad Aseguradora deberá abonar la prestación correspondiente en función del resultado del peritaje en el plazo de cinco días.

4.- Asistencia sanitaria:

- Los documentos que acrediten la personalidad así como el Número de Identificación Fiscal del Asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de las lesiones padecidas, la fecha en que se produjo el accidente que las motivó o cuando se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la enfermedad y los posibles antecedentes médicos.

- Facturas justificativas en su caso de los gastos médico-farmacéuticos incurridos y la prescripción médica que origine los mismos.

- Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.

- El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que necesite la Entidad Aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

5.- Asistencia y Rescate por accidente:

- Los documentos que acrediten la personalidad así como el Número de Identificación Fiscal del asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento, la fecha en que se produjo el accidente que las motivó o cuando se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la enfermedad y los posibles antecedentes médicos.

- Facturas justificativas, en su caso, de los gastos incurridos.

- En caso que el accidente tenga lugar durante el transcurso de un viaje, documento acreditativo de la fecha de inicio del mismo.

- El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que se precise para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

Localidad y fecha de expedición: En Sant Cugat del Vallès, a 01 de Enero de 2019

La Entidad Aseguradora,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. M.' with a stylized flourish.

Agrupació AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A.
Carretera de Rubí 72-74 Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès - Barcelona (España). NIF A-65782807
Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona F.63, H.B-423520, T 43137