



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.

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

varias arterias coronarias, confirmada por un historial de dolor precordial de pecho, alteraciones en los electrocardiogramas y enzimas cardíacas (fracción MB de la creatina-cinasa) superiores a los niveles normales de laboratorio.

b) La apoplejía o accidente cerebrovascular, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

c) Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social, lumbagos, ciáticas, esguinces y desgarros musculares (a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato), las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.

d) La intoxicación alimentaria, salvo que el asegurado esté expuesto a ella como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

Viaje: A efectos de esta póliza se entenderá por viaje el desplazamiento del Asegurado que suponga salir fuera de la provincia de su domicilio habitual.

1- Objeto del seguro: prestaciones aseguradas

Por el presente contrato la Entidad Aseguradora se obliga, a cambio de la percepción de la prima, a abonar al/los beneficiario/s, las prestaciones previstas en las Condiciones Particulares y/o suplementos que se emitan a las mismas y que, en su caso, se recogen en el Certificado Individual de Seguro, de ocurrir el evento asegurado en cada una de las prestaciones contratadas; todo ello en los términos y condiciones comunicados, en cada momento, por el Tomador y/o los Asegurados, y aceptados por la Entidad Aseguradora y previo pago, en su caso, de la prima correspondiente de conformidad a lo establecido en póliza.

1.1.- Ámbito de contratación de las prestaciones

El ámbito de contratación del riesgo - para todas las prestaciones- se refiere exclusivamente a la actividad que se indica a continuación:

Actividad: el periodo de cobertura se circunscribe exclusivamente mientras el Asegurado esté realizando actividades deportivas como amateur del excursionismo y de otras variedades deportivas detalladas en Condiciones Particulares, en el

entorno de la montaña así como en los tramos urbanos de las pruebas (la marcha nórdica está cubierta en núcleos urbanos) y circuitos en los que participe el asegurado como federado. También se entenderán incluidos los desplazamientos en los medios de transporte específicos para la práctica deportiva, tales como remontadores, trenes cremallera, teleféricos y similares y las estancias que el Asegurado realice en refugios durante la práctica deportiva.

1.2.- Prestación básica

Prestación por fallecimiento por accidente, en que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, si se produce fallecimiento del Asegurado durante la práctica deportiva como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal fallecimiento es consecuencia de este accidente. La prestación básica de defunción por accidente durante la práctica deportiva quedará limitada a un período máximo de 18 meses posteriores al accidente.

1.3.- Otras Prestaciones contratables

Habiéndose contratado la prestación básica también podrán contratarse:

1.3.1.- Prestación por fallecimiento, en que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida si se produce el fallecimiento durante la práctica deportiva, pero sin causa directa con la misma durante el período de cobertura. **Esta prestación es incompatible con la prestación por fallecimiento por accidente definida en el apartado 1.2. de la presente cláusula.**

1.3.2.- Prestación por invalidez permanente parcial por accidente durante la práctica deportiva, en que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar al beneficiario la prestación convenida, si se produce la pérdida anatómica o impotencia funcional de aquellos miembros u órganos delimitados en el baremo recogido a continuación, como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal pérdida o impotencia es consecuencia de este accidente.

El importe a satisfacer por esta prestación será el resultado de aplicar los porcentajes indicados a continuación sobre el importe asegurado establecido en las Condiciones Particulares:

Pérdida o inutilidad de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies: 100%

Enajenación mental, incurable que excluya cualquier trabajo: 100%

Parálisis completa: 100%

Ceguera absoluta:	100%
Pérdida o inutilidad absoluta:	
• del brazo, de la mano;	
derecha: 60%, izquierda: 50%	
• 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 entrenamientos especiales o la prestación de servicios temporales como monitor, profesor o entrenador en deportes FEEC o para cursar y/o asistir a cursos de monitor, profesor o entrenador. Para el caso de viajes al extranjero los 90 días empezarán a contar a partir del momento en el que el asegurado salga de España.

La prestación de asistencia sanitaria, como consecuencia de accidente deportivo, se presta en todo el mundo para los casos de urgencia, en función del ámbito territorial de cada modalidad de licencia. Las prestaciones sanitarias que no sean urgencias, sólo están cubiertas cuando se prestan en España.

A efectos del presente contrato, se entiende por asistencia sanitaria por accidente los actos médicos y terapéuticos necesarios para la curación y recuperación de las lesiones del Asegurado causadas por los accidentes cubiertos en la póliza, hasta su estabilización y consolidación, quedando fuera de cobertura aquellas prestaciones destinadas al cuidado del Asegurado que no supongan una mejora en su estado de salud, por ser éste irreversible, y los cuidados paliativos.

En concreto, se incluyen en ésta cobertura los siguientes gastos:

- a) Asistencia médico-farmacéutica e intervenciones quirúrgicas.
- b) Estancia en clínicas y hospitales y traslado desde el lugar del accidente, siempre que por la naturaleza de las lesiones resulte necesario.
- c) Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad.
- d) Gastos originados por rehabilitación.
- e) Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), hasta el 70% del importe total de la factura y contra los justificantes oportunos.
- f) Gastos originados en odonto-estomatología por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 300,00 euros.

En los casos de cirugía traumatológica, a causa de un accidente garantizado por el presente contrato de seguro, por el cual se implante material de osteosíntesis, que posteriormente se tenga que retirar, el plazo máximo será de veinticuatro meses a contar desde la fecha del accidente. Asimismo, en caso de lesiones de montaña por congelación el plazo

máximo de cobertura también será de veinticuatro meses a contar desde la fecha del accidente.

La asistencia sanitaria, los gastos farmacéuticos, la rehabilitación, adquisición de material ortopédico u otros gastos cubiertos deben, en todo caso, ser prescritos por el médico encargado de la asistencia. Los gastos de transporte del accidentado desde el lugar del accidente hasta el lugar donde deba ser atendido deberán ser prescritos por el médico de la asistencia y obedecer a una causa justificada.

Esta cobertura podrá contratarse mediante una de las siguientes opciones:

- Prestación de la asistencia en los centros concertados especificados por la Entidad Aseguradora en las Condiciones Particulares del contrato. La Entidad Aseguradora asumirá los gastos de asistencia sanitaria hasta el límite máximo que se establezca en las Condiciones Particulares del contrato.

A efectos de la presente póliza, se entenderá como centro concertado, aquellos centros sanitarios y/o hospitalarios con los que la Entidad Aseguradora mantiene un vínculo contractual mediante el cual se pactan las correspondientes tarifas para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos en el presente contrato de seguro, y que presta el centro concertado a los Asegurados que hayan sufrido un accidente cubierto en ésta póliza.

En caso de no acudir el Asegurado a ningún centro concertado la asistencia podrá ser prestada en cualquier centro y la cobertura supondrá el reembolso al Asegurado de los gastos soportados hasta el límite máximo que se establezca en las Condiciones Particulares del contrato.

En este caso, la Entidad Aseguradora no asumirá los gastos de asistencia sanitaria que superen los límites máximos establecidos para los centros concertados.

No obstante, el Asegurado podrá optar posteriormente a recibir la asistencia sanitaria necesaria en un centro concertado de la Entidad Aseguradora, siempre y cuando el gasto por los servicios de asistencia sanitaria esté dentro de los límites máximos establecidos en la póliza para los centros concertados.

Tanto los profesionales médicos elegidos directamente por el Asegurado fuera del cuadro de centros concertados, como los que actúan en tales centros concertados, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria, no asumiendo en ningún caso la Entidad Aseguradora responsabilidades directas, solidarias o subsidiarias por acciones y/u omisiones de los profesionales en cuestión. La Entidad

Aseguradora, en ese sentido, no tiene control alguno sobre los actos de los profesionales referidos en la medida en que se lo vedan la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria, la protección del secreto profesional y la confidencialidad de los datos sanitarios.

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 monitor, profesor o entrenador en deportes FEEC o para cursar y/o asistir a cursos de monitor, profesor o entrenador. Para el caso de viajes al extranjero los 90 días empezarán a contar a partir del momento en el que el asegurado salga de España.

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 €

(*) Las coberturas de la asistencia sanitaria en centros concertados y en centros no concertados no son acumulativas.

Modalidad 2

Actividades: Copas Catalanas de Caminatas de Resistencia y Marchas Técnicas.

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 €

(*) Las coberturas de la asistencia sanitaria en centros concertados y en centros no concertados no son acumulativas.

Modalidad 3

Actividades: Competiciones de los calendarios oficiales FEEC, Carreras de montaña, Carreras de Ultra resistencia en montaña, Carreras de kilómetros verticales, Raids de Montaña, Esquí de Montaña, Raquetas de Nieve, Escalada Deportiva.

Ámbito: España.

Garantías y capitales:

- Fallecimiento por accidente, durante la práctica deportiva: 9.000,00 €
- 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: 20.000,00 €

- 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 €

(*) Las coberturas de la asistencia sanitaria en centros concertados y en centros no concertados no son acumulativas.

Modalidad 4. Actividades de las Entidades

Salidas oficiales de entidades excursionistas y/o clubes deportivos, salidas de excursionismo, alpinismo, escalada, esquí de montaña, carreas de montaña, esquí, raquetas de nieve, barrancos, marcha nórdica (está cubierta en núcleos urbanos), bicicleta de montaña y el resto de deportes FEEC, así como las actividades formativas (cursos de promoción, sociales, jornadas técnicas...), estadas (encuentros, juventud, técnicas, ...).

Ámbito: España, Andorra y Pirineos franceses. En la actividad de Senderismo, el ámbito de cobertura se extenderá también a las zonas de influencia del Pirineo Francés.

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 €

(*) Las coberturas de la asistencia sanitaria en centros concertados y en centros no concertados no son acumulativas.

Modalidad 5. Actividades de las Entidades en Europa

Salidas oficiales de entidades excursionistas y/o clubes deportivos, salidas de excursionismo, alpinismo, escalada, esquí de montaña, carreas de montaña, esquí, raquetas de nieve, barrancos, marcha nórdica (está cubierta en núcleos urbanos), bicicleta de montaña y el resto de deportes FEEC, así

como las actividades formativas (cursos de promoción, sociales, jornadas técnicas...), estadas (encuentros, juventud, técnicas, ...).

Ámbito: Europa

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 €

(*) Las coberturas de la asistencia sanitaria en centros concertados y en centros no concertados no son acumulativas.

Ampliación de coberturas para todas las modalidades:

Con los límites establecidos en cada garantía, quedan cubiertas las lesiones producidas en caso de insolación, electrocución, congelación, problemas ocasionados por la altura (incluido el edema pulmonar y cerebral de altura), así como picaduras de insectos, mordeduras de animales y caída de rayo durante la práctica de las mencionadas modalidades deportivas.

Regularizaciones

El Tomador tendrá la facultad de modificar las prestaciones aseguradas, respecto de las que se hayan previsto inicialmente o las de la última regularización.

Asimismo, también podrán dar lugar a regularizaciones, las modificaciones en los datos de los Asegurados/beneficiarios que comunique el Tomador a la Entidad Aseguradora.

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.
 - b.3) Ocurrencia del evento descrito en el apartado 1.3.2 de la cláusula y de las presentes Condiciones Generales y opere la extinción prevista en dichos apartados.
 - b.4) Vencimiento de la relación aseguradora.

c) Bajas de beneficiarios: Originadas por el fallecimiento o revocación de los beneficiarios.

Asimismo, de forma indistinta y solidaria con el tomador del seguro, el Asegurado está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan por bajas en el grupo asegurado y en los beneficiarios.

Designación, cambio y revocación de beneficiarios

La condición de beneficiario corresponderá a las personas físicas en cuyo favor se generen las prestaciones.

Durante toda la vigencia del contrato, el Tomador del seguro podrá designar beneficiario/os y/o modificar la designación realizada con anterioridad, sin necesidad del consentimiento de la Entidad Aseguradora.

La designación del/los beneficiario/s podrá ser establecida en la propia póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora, o en testamento.

El beneficiario de las prestaciones de invalidez, asistencia sanitaria y asistencia, rescate y repatriación es el propio Asegurado.

Si no existiese beneficiario designado expresamente, se entenderá que lo son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del Asegurado – salvo que hubiese recaído sentencia de separación–, sus hijos a partes iguales, sus padres a partes iguales y, por último, sus herederos.

El Tomador del seguro renuncia expresamente a la facultad de designar beneficiarios a favor del Asegurado.

En el supuesto de que el Asegurado sufriera un siniestro causado dolosamente por un beneficiario, este último quedará privado del derecho a la prestación establecida en la póliza la cual pasará a incrementar la de los restantes beneficiarios por el siguiente orden:

- primero a los demás beneficiarios designados expresamente,
- en su defecto, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del Asegurado -salvo que hubiese recaído sentencia de separación-, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales, y, por último, sus herederos. No obstante, en caso de que resulte de aplicación el orden de prelación de herederos de la sucesión intestada, en último término será beneficiario el Tomador en lugar de la Administración Pública.

Todas las designaciones de beneficiario establecidas lo son en tanto éste cumpla los requisitos para

ostentar dicha condición, y a los exclusivos efectos de las prestaciones aseguradas y los importes de las mismas que se recogen en la póliza.

Asimismo, lo establecido en el párrafo anterior también será de aplicación a las designaciones de beneficiarios realizadas con carácter irrevocable.

Cesión y Pignoración de la póliza

El Tomador del seguro no podrá ceder ni pignorar la póliza al renunciar expresamente a la designación de beneficiarios.

Primas

1.- Pago de primas

El Tomador del seguro está obligado al pago de una prima por cada relación aseguradora que se integre en el presente contrato y, cuando proceda, por cada regularización de las condiciones de la misma. La prima será única anual.

El pago de la prima única anual podrá pactarse de forma fraccionada, en cuyo caso no se aplicarán recargos en función del fraccionamiento salvo que en Condiciones Particulares se establezca otra regulación.

El pago de las fracciones de la prima única anual, o primas fraccionadas, no tendrá carácter liberatorio y, por tanto, en caso de ocurrencia del siniestro antes de haberse pagado todas las fracciones de la prima única, la Entidad Aseguradora cobrará al Tomador el importe de las fracciones pendientes de pago.

Cuando la Entidad Aseguradora haya formulado un/os cuestionario/s, la primera prima se devengará cuando la Entidad Aseguradora preste su conformidad al resultado del/de los cuestionario/s. Se entenderá prestada dicha conformidad cuando la Entidad Aseguradora acepte el pago de la primera prima o, en el caso de domiciliación bancaria, gestione y obtenga el cobro de la misma. Para manifestar dicha conformidad, la Entidad Aseguradora dispondrá de ciento siete días a contar desde que haya formulado el/los cuestionario/s, transcurridos los cuales si no se ha verificado el cobro de la primera prima en los términos antedichos se entenderá denegado el consentimiento de la Entidad Aseguradora.

Si se hubiera pactado una fecha de efecto del seguro anterior a la fecha de pago de la primera prima, el 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 no hubiera sido comunicada a la Entidad Aseguradora con anterioridad a tal incorporación.**

e) **Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.**

f) **Las enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o**

previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.

g) **Cualquier tipo de enfermedad padecida por el Asegurado, como podrían ser las enfermedades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los problemas derivados del alcoholismo y drogadicción, las enfermedades mentales, entre otras.**

h) **Las vacunaciones y controles de enfermedades previamente conocidas, curas termales y terapéuticas con rayos UVA.**

i) **El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**

j) **Enfermedades mentales así como el psicoanálisis y la psicoterapia.**

k) **Los daños:**

- **Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios de las Condiciones Generales. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la provisión matemática constituida por la Entidad Aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.**

- **Que el Consorcio de Compensación de Seguros no cubra, en cumplimiento de alguna de las normas establecidas en su reglamentación vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro.**

l) **La intervención del Asegurado como conductor de un vehículo no apto o autorizado para la circulación en vías públicas o sin disponer del permiso legal que le faculte a ello.**

m) **Un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, accidentes, provocados intencionadamente por el Asegurado, así como los derivados de la participación de éste en duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiese actuado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes. También quedarán excluidas de la cobertura del contrato, las multas y sanciones del asegurado.**

n) **El suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado. Asimismo, los actos voluntarios del Asegurado, sea cual fuere el estado mental del mismo, o hallándose bajo la influencia de bebidas alcohólicas, psicotrópicos,**

sustancias estupefacientes, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente, o en estado de enajenación mental. A tales efectos, se entenderá que el Asegurado se halla bajo la influencia de bebidas alcohólicas si supera los límites establecidos en cada momento por la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial para permitir la conducción de cualquier vehículo no especial, con independencia de los síntomas externos y de comportamiento del Asegurado y de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

o) La práctica como profesional de cualquier deporte, tanto en competición, oficial o no, como en sus entrenamientos o actividades relacionadas.

p) La práctica - cualquiera que sea la frecuencia de dicha práctica - de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puentismo, vuelos en ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar); de la participación en competiciones - incluidos los entrenamientos - con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero; y de la inmersión subacuática o de cualquier deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del Asegurado, tanto por su propia naturaleza como por no observar las medidas de seguridad preceptivas.

q) La participación en expediciones científicas o el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, guardas jurados, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, toreros, trapecistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

r) Las lesiones sobrevenidas por la realización de trabajos profesionales, la escalada o el descenso desde edificios, puentes y construcciones de obra o metálicas, salvo en lugares destinados al entrenamiento o rocódromos específicos.

t) En la disciplina de bicicleta de montaña (BTT), se excluyen los siguientes casos:

1. Cualquier reclamación por daños materiales o físicos causados a terceros en la práctica de la mencionada actividad.
2. Cualquier accidente ocurrido en carretera asfaltada excepto en los siguientes casos :
 - a. Cruces o intersecciones de una pista con carretera asfaltada.
 - b. Trayectos desde la población donde se encuentre el club hasta el inicio de

la pista forestal, camino o similar, sin asfalto.

- c. 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 o

esté realizando la actividad de Marcha Nórdica que está cubierta en núcleos urbanos). 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.

3.- Adicionalmente a los riesgos excluidos en los apartados 1 y 2, quedarán excluidos para todas las modalidades los tratamientos realizados con factores de crecimiento, con ácido hialurónico y con células madre.

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

Particulares, y una vez aceptada por la Entidad Aseguradora la existencia del siniestro objeto de cobertura por concurrir los requisitos y las condiciones que se establecen en la póliza para proceder a efectuar el pago.

La Entidad Aseguradora quedará liberada del cumplimiento de la obligación derivada de la prestación, en caso de que en la declaración del siniestro no se facilitase la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, mediando dolo o culpa grave.

2.- Antes de efectuarse el abono de la prestación correspondiente, el beneficiario deberá acreditar la liquidación o exención de cualquier impuesto que procediera a efecto de pago de prestaciones, así como el número de identificación fiscal.

3.- La/s prestación/es será/n abonada/s con los requisitos indicados en la póliza, y siempre mediante la emisión de la correspondiente orden de abono al depósito de la Entidad Financiera indicado por el beneficiario.

Documentación a aportar en caso de siniestro

Deberán aportarse los siguientes documentos en caso de siniestro por:

1.- Fallecimiento:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal, libro de familia si procede y dirección del domicilio habitual del/los beneficiario/s.

- Certificado literal de defunción 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/accidente de circulación o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.

- En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense, así como un certificado médico donde se indique que el Asegurado se encontraba en perfecto estado de salud y no padecía ninguna enfermedad que le pudiese ocasionar la muerte repentina.

- Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

- El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.

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

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

2.- Invalidez permanente parcial por accidente:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.

- En caso de existir, resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social o sentencia judicial firme que reconozca que las lesiones suponen que el Asegurado se encuentra en situación de incapacidad según el régimen correspondiente de la Seguridad Social.

A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia judicial será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del Juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia realizada de oficio por el Juzgado.

En el caso de que no tenga reconocida esta situación según el régimen correspondiente de la Seguridad Social se deberá aportar certificado o resolución expedido por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales o el órgano competente de las Comunidades Autónomas (presentando dicha documentación en original o copia compulsada), en el que se acredite el grado de minusvalía que suponen las lesiones generadoras de la prestación asegurada.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las lesiones, la fecha en que se produjo el accidente y los posibles antecedentes médicos.

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

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

3.- Comprobación de la invalidez permanente parcial por accidente por parte de la Entidad Aseguradora:

La Entidad Aseguradora comprobará, en razón de la documentación aportada, el estado de invalidez permanente parcial del Asegurado - conforme a las definiciones de este contrato-.

Si entre la Entidad Aseguradora y el Tomador -o, en su caso, beneficiario- no existiera acuerdo respecto al carácter permanente de las lesiones del Asegurado, ambos se someterán -y aceptarán por escrito- al dictamen de dos peritos médicos, cada uno de ellos designado por cada una de las partes.

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.

Riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

El Consorcio de Compensación de Seguros indemniza las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios de conformidad con lo que establece el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros en cada momento.

Mecanismos de resolución de conflictos

Las discrepancias que puedan surgir ante la Entidad Aseguradora, y sin perjuicio del derecho de acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, podrán ser sometidas a resolución de cualquiera de las siguientes instancias:

En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/ 2502/2012, de 16 de noviembre:

- a) Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de la Aseguradora, personalmente o mediante representación, a través de carta, impreso disponible en las oficinas de la Entidad Aseguradora o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la web www.grupo-acm.es. Este adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la Entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento en las oficinas de la Aseguradora. El plazo de tramitación del expediente será de dos meses contados a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente. No obstante, dicho esto, el SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión administrativa o arbitral.
- b) Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía y Competitividad), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que este haya desestimado su petición. Además de resolver las quejas y reclamaciones, el Servicio de Reclamaciones también será competente para atender las consultas que se le formulen relativas a cuestiones de interés general sobre los derechos de los Asegurados y vías legales para su ejercicio.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900300030, disponible las 24 h, de lunes a viernes.

Tratamiento y cesión de Datos Personales

Protección de los datos personales

Responsable: AGRUPACIÓ AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crèdit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos.

Legitimación: ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crèdit Mutuel-CIC; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.

Plazo de conservación: durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.grupo-acm.es

Prevalencia de las condiciones de la póliza

El presente Extracto de Condiciones Generales y Particulares es un resumen de las condiciones de la póliza, prevaleciendo lo dispuesto en la misma en caso de discrepancia con este extracto.

Este documento se emite al objeto de proporcionar información sobre la póliza de seguro contratada por el Tomador. La misma está sujeta, a los requisitos, términos y condiciones que, en cada momento, tenga concertados el Tomador.

Localidad y fecha de expedición: En Sant Cugat del Vallès, a 01 de Enero de 2021

La Entidad Aseguradora,



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