

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ACCIDENTES

MARCO JURÍDICO REGULADOR

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes en este contrato.

FIATC tiene señalada su sede social en Avenida Diagonal 648 -08017- Barcelona, España, Estado al que corresponde el control de su actividad, a través de la autoridad Dirección General de Seguros Y Fondos de Pensiones.

Los Estatutos de nuestra Mutua se encuentran a su disposición en cualquiera de nuestras oficinas así como en la página web www.fiatc.es. Igualmente, la Entidad facilitará al tomador del seguro que lo solicite los mecanismos pertinentes de acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia de FIATC.

INDICE	Página
BASES DEL CONTRATO	
1. SOLICITUD, CUESTIONARIO Y PÓLIZA	3
2. PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO	3
INFORMACIÓN SOBRE EL RIESGO	
3. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO	3
OBLIGACIONES DE LAS PARTES	
4. PAGO DE LA PRIMA	4
5. DEBER DE INFORMACIÓN	4
6. SINIESTROS. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	4
OTRAS CONSIDERACIONES DE FUNCIONAMIENTO	
7. RESCISIÓN DEL CONTRATO	5
8. SUBROGACIÓN	5
9. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN	5
10. COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR	5
11. PRESCRIPCIÓN	6
DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	
12. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	6
DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS	

BASES DEL CONTRATO

1. SOLICITUD, CUESTIONARIO Y PÓLIZA

Las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro o el Asegurado, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, así como la presente póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a las personas y riesgos en la misma especificados.

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

Lo especificado en los apartados anteriores motiva la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

1.0.1. PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO

Cuando la presente póliza otorgue cobertura a un grupo plural de Asegurados bajo la modalidad de Póliza Colectiva, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los Asegurados individualmente considerados.

2. PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato, siempre que la duración del mismo sea superior a seis meses, dentro del plazo de los catorce días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

Esta facultad deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del Seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2.1. DURACIÓN DEL SEGURO

1. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares, siempre y cuando el Asegurado o Tomador del seguro haya pagado el recibo de prima

correspondiente, salvo pacto en contrario. El seguro terminará en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.

2. A la expiración del plazo estipulado, si el contrato es de duración anual, queda tácitamente prorrogado por un año más, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes hubiera solicitado su rescisión, de acuerdo con lo previsto en el siguiente párrafo.

3. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea FIATC.

4. No obstante cuanto antecede, el tomador del seguro, una vez conocida la prima siguiente, según definición del Artículo Preliminar (DEFINICIONES), y de ser ésta superior a la prima inicial siguiente o a las primas siguientes, podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento a partir del último vencimiento sin que sea de aplicación el plazo de preaviso previsto en el presente artículo.

Si la presente póliza tiene establecida la duración del seguro como temporal, implica que la vigencia del seguro únicamente tendrá validez dentro del período comprendido entre la Fecha de efecto y la Fecha de vencimiento indicados en estas Condiciones Particulares, no siéndole de aplicación prórroga alguna del período.

INFORMACIÓN SOBRE EL RIESGO

3. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderá al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la

perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

En tal caso al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si el Asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del Seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

En caso de aceptar el Asegurador la agravación de riesgo a que hace referencia el párrafo anterior, el Tomador del Seguro quedará obligado al pago de la prorrata de prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha incluidas en la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo, salvo pacto en contrario.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES

4. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato, salvo en el caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, en cuyo supuesto podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que la póliza debe tomar efecto. Las sucesivas primas deberán hacerse efectivas por el Tomador en los correspondientes vencimientos.

Para los seguros de duración no inferior a un año, podrá pactarse el pago de las primas en forma fraccionada, por semestres, trimestres o meses, en cuyo caso la prima de tarifa se incrementará en los términos siguientes:

Pagos semestrales 2%

Pagos trimestrales 3%

Pagos mensuales 4%

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro, salvo pacto en contrario.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas o fracciones siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador

no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, **la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.**

El pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente en las Condiciones Particulares del Seguro.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el Seguro el recibo de prima del Asegurador.

5. DEBER DE INFORMACIÓN

El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

a) Dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

b) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.

Cuando no se cubra por el Asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

c) Poner en conocimiento del Asegurador, dentro del plazo máximo de 7 días, cuando sobreviniera la muerte durante el período de curación.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o del Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

6. SINIESTROS. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para caso de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

Queda expresamente pactado que en caso de que la póliza asegure indemnizaciones para distintos grados de Invalidez Permanente, el Asegurador indemnizará única y exclusivamente por un mismo siniestro, la cantidad prevista para la clases de Invalidez que se reconozca al Asegurado, aunque en el contrato se aseguren también indemnizaciones para invalideces de menor grado.

No obstante, este derecho a la prestación por invalidez temporal

cesará, en cualquier caso, en el momento en que se produzca el fallecimiento del Asegurado o se declare su invalidez permanente. Para obtener el pago, el Tomador deberá remitir al Asegurador los documentos justificativos que según corresponda se indican a continuación:

a) Fallecimiento.

-Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

-Certificado de defunción.

-Documentos que acrediten la personalidad y en su caso la condición de beneficiario.

-En su caso Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador o Acta Judicial/Notarial de Declaración de Herederos.

-Documentación acreditativa del pago o la exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

-Otros documentos legalmente exigibles.

En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

b) Invalidez Permanente.

-Certificado médico de alta con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

c) Invalidez temporal.

-Partes de alta y baja que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que el Asegurador pueda establecer una fecha anterior del alta.

d) Gastos Médico-Farmacéuticos.

-Una vez terminado el tratamiento se remitirán al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

En cualquier supuesto el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas; igualmente una vez que obren en poder del Asegurador los documentos que se solicitan para cada una de las coberturas, éste abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

OTRAS CONSIDERACIONES DE FUNCIONAMIENTO

7. RESCISIÓN DEL CONTRATO

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a indemnización, cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, siempre y cuando sea mediante acuerdo mutuo que deberá constar por escrito o mediante otro medio indubitable.

El plazo para la eficacia de la resolución será de dos meses a partir de la fecha del acuerdo y una vez producida, dará derecho al Tomador del Seguro para que le sea devuelta la parte de prima correspondiente al riesgo no transcurrido.

La resolución del contrato no afectará a los derechos y obligaciones existentes entre las partes por los siniestros que hayan ocurrido y que aún no hayan sido declarados durante la

vigencia del contrato.

8. SUBROGACIÓN

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudiera corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado.

El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, **siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

9. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

Si las partes no lograsen el acuerdo sobre la evaluación de la indemnización dentro del plazo previsto en el Artículo 6 del presente Condicionado, se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

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

10. COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro o del Asegurado se realizarán en cualquiera de las oficinas del Asegurador que puede consultar en www.fiatc.es o mediante escrito dirigido al email : fiatc@fiatc.es

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

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

Asegurado.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de Seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Corredor de Seguro que medie o haya mediado en el contrato, no se entenderán realizadas al Asegurador.

II. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

12. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

Resolución de 28 de Marzo de 2018 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (B.O.E. nº 92 de fecha 16-04-2018)

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

12.1. Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos.

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se

halla suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.

3. Extensión de la cobertura.

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

-Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).

-A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

una vez transcurrido sesenta días desde que hubiera sido requerido para el pago. No obstante, el contrato de seguro continuará vigente hasta el próximo vencimiento del período de seguro en curso, subsistiendo la responsabilidad de satisfacer la derrama pasiva.

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS

En cumplimiento de lo previsto en la vigente Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se hace constar que los socios mutualistas tendrán los derechos y obligaciones que se determinen en los Estatutos de la Mutua con respecto a la derrama activa y pasiva. Dichos Estatutos están a disposición de los socios mutualistas. La derrama pasiva estará limitada a un importe igual a la prima pagada en la última anualidad.

La falta de pago de la derrama pasiva será causa de baja del socio,