



FIATC, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, legajo a) 1443/91, Folio 68, Tomo 20.259, Hoja B4052-N, inscripción 34 y con NIF G 08171407.

CERTIFICA:

Que el Tomador del seguro tiene contratada en esta Entidad la póliza número **30-2.009.828** del ramo de Accidentes Colectivo:

- **EFFECTO:** 8 agosto 2019 **DURACION:** ANUAL RENOVABLE

- **TOMADOR DEL SEGURO:** INKEMA SISTEMAS, S.L.
B64231822
GALILEO, 2 NAVES 7 Y 8
08150 PARETS DEL VALLES

- **DESCRIPCION Y SITUACION DEL RIESGO:** Indemnizar a las personas aseguradas, que constan en el TC-2 de la empresa tomadora, contra los riesgos previstos y por las sumas garantizadas en los apartados siguientes.

La empresa tomadora se halla adherida al **CONVENIO COLECTIVO DE INDUSTRIAS SIDEROMETALURGICAS DE LA PROVINCIA DE BARCELONA**

- GARANTIAS Y SUMAS ASEGURADAS:

Muerte derivada de accidente laboral o enfermedad profesional	27.920,17.-€
Invalidez permanente absoluta derivada de accidente laboral o enfermedad profesional.	21.941,76.-€
Gran invalidez derivada de accidente laboral o enfermedad profesional.	31.443,05.-€

Y para que así conste y a petición del interesado, se expide este certificado en Barcelona a 21 de agosto de 2019

FIATC
MUTUA DE SEGUROS Y
REASEGUROS

Dirección Área Barcelona

Josep Tarradellas, 33 (Edificio Fiatc) • 08029 Barcelona
<http://www.fiatc.es> • e-mail: sucbarcelona@fiatc.es

CONDICIONES PARTICULARES

RAMO	POLIZA NUMERO	EFFECTO DEL SEGURO DIA	HORA	VCTO. ANUAL DIA	MES	VCTO. DEL SEGURO	CATEGORIA GRUPO	N. POLIZA QUE SUSTITUYE
ACCIDENTES CONVENIOS	2.009.828	08.08.2014	A LAS 00H	8	8	08.08.2015	9	
MEDIADOR		COBRADOR	INSPECTOR	ZONA	DURACION DEL SEGURO		FORMA DE PAGO	
NOMBRE: COSTA-SERRA, S.L		3000		0814	UN AÑO PRORROGABLE INDEFINIDAMENTE		ANUAL	
CODIGO: 14.135								

ASEGURADOR: FIATC-MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA CON DOMICILIO EN: DIAGONAL, 648 - 08017 BARCELONA-TEL: 93-205 22 13

TOMADOR DEL SEGURO: INKEMA SISTEMAS, S.L. N.I.F. - B64231822
 En calidad de:
 DOMICILIO: GALILEO, 2 NAVES 7 Y 8 08150 PARETS DEL VALLES
 DOMICILIO DE PAGO DE LAS PRIMAS: EL DEL ASEGURADOR

ASEGURADO: LOS EMPLEADOS DEL TOMADOR DEL SEGURO DADOS DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

BENEFICIARIO/S:
 LOS LEGITIMOS HEREDEROS DEL ASEGURADO SALVO QUE EN EL CON--
 VENIO SE INDIQUE LO CONTRARIO.

GARANTIAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE DERIVADA DE ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	25.426,74
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA DERIVADA DE ACCIDENTE LABORAL O	
ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	19.978,27
GRAN INVALIDEZ DERIVADA DE ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDAD	
PROFESIONAL.....	28.635,00

NUMERO DE PERSONAS ASEGURADAS: 60

PRIMA NETA	PERIODO	PRIMA	CONSORCIO	IMPUESTOS	TOTAL
818,56	08.08.2014				
	08.08.2015	817,82	7,63	21,68	847,13
	ANUALES				

DESCRIPCION DEL RIESGO:

INDEMNIZAR A LAS PERSONAS ASEGURADAS CONTRA LOS RIESGOS PREVISTOS Y POR LAS SUMAS GARANTIZADAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES. PRIMA NETA ANUAL POR ASEGURADO 24,76 -MINIMA ANUAL-

LA EMPRESA TOMADORA SE HALLA ADHERIDA AL CONVENIO COLECTIVO DE INDUSTRIAS SIDEROMETALURGICAS DE LA PROVINCIA DE BARCELONA.

- EL TOMADOR DECLARA QUE EN EL GRUPO ASEGURADO:
- NO EXISTEN PERSONAS EN SITUACION DE BAJA MEDICA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
- NO EXISTEN PERSONAS EN PROCESO DE CUALQUIER TIPO DE INVALIDEZ.
- NO EXISTEN PERSONAS CON DEFECTO FISICO, DISMINUCION FUNCIONAL O MINUSVALIA.

SON DE APLICACION LAS CONDICIONES DE SEGURO MODELO G030 ed 5-12

Incluye cláusula de protección de datos.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro y el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, el Tomador y/o asegurado reconocen haber recibido, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información sobre la legislación aplicable e instancias de reclamación así como el original de las Condiciones Generales y Particulares que rigen la presente póliza, declarando conocer y aceptar íntegramente su contenido y de manera expresa, el de las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en las mismas y que son resaltadas de forma especial.

Emitido en Barcelona , a 25.08.2014
 EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR
 FIATC
 Mutua de Seguros y
 Reaseguros a Prima Fija



CLAÚSULAS DE PROTECCIÓN DE DATOS

Ramo-Póliza: 30-2.009.828
 Tomador: INKEMA SISTEMAS, S.L.

En cumplimiento de la normativa sobre protección de datos le informamos que los datos personales que nos haya aportado, incluidos los eventuales de salud, se incluirán en un fichero responsabilidad de **FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA**, con la finalidad de evaluar la solicitud de contratación de la correspondiente póliza, el desarrollo, control y ejecución del contrato de seguro finalmente celebrado, la gestión y tramitación de las coberturas y/o prestaciones sanitarias en su caso contratadas y prevención del fraude, así como para el envío electrónico o postal de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos que pudieran ser de su interés, salvo que usted manifieste expresamente su negativa a recibirlas mediante la marcación de la siguiente casilla .

Mediante la firma de la presente solicitud Usted nos autoriza expresamente para llevar a cabo el indicado tratamiento, así como que puedan ser destinatarios de la información médicos, centros, hospitales u otras instituciones o personas del ámbito sanitario, para que FIATC pueda cumplir con las anteriores finalidades y prestaciones en su caso garantizadas. En este sentido, le informamos que la solicitud o la prestación de eventuales servicios sanitarios derivados del contrato de seguro, supone la conformidad expresa del solicitante, tomador y/o asegurado-beneficiario a la comunicación entre FIATC y el médico, centro, hospital o cualquier otra institución o persona prestadora de la asistencia, de aquellos datos personales resultantes de los actos médicos, exámenes, análisis o actuaciones médicas realizadas que sean pertinentes, adecuados y no excesivos para que las partes puedan cumplir, desarrollar y controlar los derechos y obligaciones derivados del correspondiente contrato de seguro, cuya legislación aplicable obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación. Así como consiente que puedan ser destinatarios de la información los profesionales y/o entidades con los que FIATC suscriba convenios de colaboración por motivos de coaseguro, reaseguro y prestación de los servicios asegurados. En este sentido autoriza la ocasional comunicación a aquellos mediadores de seguro designados por FIATC a los efectos de colaboración en la gestión de su contrato o producto de seguro, en particular con ocasión del cese o cambio en la posición mediadora originaria que pudiera operar en relación con su contrato o producto de seguro y que se regula en la legislación aplicable sobre mediación de seguros. El afectado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a FIATC, Avenida Diagonal 648, 08017, Barcelona, al que deberá acompañar una fotocopia de su DNI. En caso de oposición al tratamiento y comunicación de los datos descritos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer FIATC de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o para el cumplimiento de los demás fines garantizados en el contrato de seguro.

Finalmente y para el caso que haya facilitado datos de terceras personas, usted se obliga a informarles de forma expresa, precisa e inequívoca acerca del contenido del tratamiento de los datos en los términos expuestos en la presente.

COMPROBADO, ACEPTO
 EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR
 FIATC
 Mutua de Seguros y
 Reaseguros a Prima Fija



Seguro de Accidentes Colectivo de Exteriorización

CONDICIONES GENERALES

MARCO JURÍDICO REGULADOR

Este contrato se rige específicamente por lo dispuesto en la Disposición Adicional Primera de la Ley 8/1987, de 8 de Junio, de Regulación de Planes de Pensiones y en el Reglamento sobre la Instrumentación de los Compromisos por Pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios, aprobado por Real Decreto 1588/1999, de 15 de Octubre.

En todo lo no dispuesto por la normativa específicamente aplicable en materia de instrumentación de los compromisos por pensiones, el presente contrato de seguro, concertado con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, y por la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como, con carácter general, por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes de este contrato.

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

ARTÍCULO PRELIMINAR - DEFINICIONES

A lo largo del presente contrato aparecerán una serie de conceptos, que a continuación se definen para una mayor claridad, y que se aplicarán a los efectos del mismo:

Asegurador: FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, que asume la cobertura de los riesgos contractualmente pactados.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, contrata y suscribe el presente seguro, representando al grupo asegurado y asumiendo las obligaciones que le correspondan y adquiriendo los derechos que se establezcan en este seguro. Podrá actuar como Tomador la empresa que tenga asumidos compromisos por pensiones con su personal y se obligue al pago de las primas o bien actúe por cuenta de los trabajadores, en la parte en que éstos contribuyan, en caso de que el compromiso contemple aportación de los trabajadores para la financiación de las primas.

Compromisos por Pensiones: Tienen esta consideración los compromisos derivados de obligaciones legales o contractuales de la empresa con el personal de la misma, recogidas en convenio colectivo o disposición equivalente, que tengan por objeto realizar aportaciones u otorgar prestaciones vinculadas a las contingencias establecidas en el Artículo 8.6 de la Ley 8/1987, de 8 de Junio, de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones. Se consideran disposiciones equivalentes a convenio colectivo los pactos entre la empresa y su personal que estén documentados de forma admitida en derecho y en los que la empresa asuma compromisos por pensiones.

Grupo Asegurado: Tiene esta consideración el personal activo de la empresa que esté dado de alta en la Seguridad Social y se encuentre incluido en el TC2 y **que, en la fecha de efecto del seguro, no esté en situación de incapacidad o invalidez, temporal o permanente o en proceso de trámite de invalidez en cualquier grado.**

Asegurado: La persona física sobre cuya vida se establece el seguro y que pertenece al grupo asegurado.

Beneficiario.— La persona física o jurídica, titular del derecho a la indemnización, coincidiendo en la cobertura de invalidez con el Asegurado.

Póliza.— El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima.— El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

Suma asegurada.— El límite máximo de indemnización del Asegurador.

Franquicia.— El período de tiempo que ha de transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el día de inicio del derecho al cobro de la indemnización pactada. Si la póliza se contrata con franquicia, el número de días no indemnizables constará en las Condiciones Particulares.

Definiciones:

ACCIDENTE: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte.

ACCIDENTE LABORAL: Se entiende por accidente laboral toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta del Tomador del seguro.

Expresamente merece la calificación legal de Accidente de Trabajo, el accidente "IN ITINERE", es decir, el ocurrido al trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo, siempre que siga el trayecto habitual, empleándose un medio de transporte normal, durante el tiempo habitual y sin realizar actos imprudentes o temerarios que rompan el nexo causal entre lesión y trabajo.

ACCIDENTE NO LABORAL: Se entiende por accidente no laboral el accidente ocurrido durante la vida privada del asegurado y que no sea calificado como accidente laboral por la Seguridad Social

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: Se entiende por accidente de circulación el sufrido por el Asegurado como peatón, causado por un vehículo, como conductor o pasajero de un vehículo terrestre o como usuario de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta del Tomador del Seguro y que sea calificada como tal por la Seguridad Social.

MUERTE CONSECUTIVA A INFARTO DE MIOCARDIO: Que queda garantizado el caso de muerte consecutiva a infarto de miocardio, siempre y cuando tal evento sea calificado como Accidente por la autoridad laboral competente o, en su defecto, la autoridad judicial en resolución firme.

INVALIDEZ TEMPORAL: Se entiende por invalidez temporal la lesión corporal que imposibilite transitoriamente al Asegurado de forma total o parcial para el desempeño de sus ocupaciones habituales.

INVALIDEZ PERMANENTE: Se entiende por invalidez permanente la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente y que puede ser calificada en uno de estos grados por la Seguridad Social:

1- PARCIAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL, cuando produzca una disminución no inferior al 33% del rendimiento normal para la profesión, sin impedir al trabajador la realización de las tareas fundamentales de la misma.

2- TOTAL Y PERMANENTE PARA LA PROFESIÓN HABITUAL, cuando inhabilite al trabajador para realizar todas o las tareas básicas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

3- ABSOLUTA Y PERMANENTE PARA TODO TRABAJO, que inhabilite al trabajador por completo para cualquier profesión u oficio.

4- GRAN INVALIDEZ, situación de incapacidad permanente que, además de impedir el trabajo a quien la sufre, le inhabilita para realizar los actos esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer, etc.), precisando para ejecutarlos la asistencia de otra persona.

ARTÍCULO 1. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones previstas en las Condiciones Particulares cuando un Asegurado, con posterioridad a la fecha de efecto de la póliza, sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada de acuerdo con la definición del Artículo Preliminar.

ARTÍCULO 2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las garantías de la presente póliza:

- a) Los accidentes y/o sus consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.
- b) Los hechos que no tengan consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el Artículo Preliminar.
- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- d) Los accidentes a causa de guerras, motines, revoluciones, terremotos, maremotos y movimientos sísmicos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios.
- e) Las lesiones provocadas por sustancias radioactivas o nucleares.
- f) Las consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de comisión por parte del Asegurado de actos delictivos.
- g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental.
- h) Los accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez, entendiéndose como tal cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa legal vigente en el momento del accidente.
- i) Los accidentes ocurridos bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- j) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente.
- m) Las operaciones o intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- k) Las agravaciones que sobre las consecuencias directas del accidente puedan provocar en la salud del Asegurado cualquier enfermedad, estado morbooso o invalidez, preexistentes o sobrevenidos al accidente por causa independiente del mismo. En tales supuestos, el Asegurador responderá solamente de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias ajenas.
- l) La práctica como profesional de cualquier deporte; la práctica como aficionado de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores, etc.) y la participación en competiciones de vehículos a motor, incluidos entrenamientos. Tampoco quedarán amparados la práctica de artes marciales, lucha libre, boxeo, rugby, alpinismo, escalada, espeleología, esquí, ciclismo en competición, equitación en carreras o concursos y entrenamientos previos, inmersión con empleo de aparatos de respiración y pesca submarina.

Quedará igualmente excluida la práctica de aquellos deportes que por sus características y peligrosidad sean asimilables a los anteriores, como puenting, barranquismo, rafting, etc.

ARTÍCULO 3. PERSONAS NO ASEGURABLES

- Las personas mayores de 65 años.
- Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.
- Las personas afectas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo, toxicomanía.
- Las personas que en la fecha de efecto del seguro se encuentren en situación de incapacidad o invalidez, temporal o permanente, o en proceso de trámite de invalidez en cualquier grado.

En cualquier caso, la cobertura quedará rescindida en la fecha de cese en la Empresa.

ARTÍCULO 4. PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO

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 quince 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.

ARTÍCULO 5. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La presente póliza ampara los accidentes ocurridos en territorio nacional de España.

ARTÍCULO 6. GARANTÍAS DEL SEGURO

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican siempre que consten expresamente como incluidas en las Condiciones Particulares.

a) **MUERTE** ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

b) **INVALIDEZ PERMANENTE comprobada dentro del plazo de cinco años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.**

PARCIAL PARA LA PROFESION HABITUAL, cuando produzca una disminución no inferior al 33% del rendimiento normal para la profesión, sin impedir al trabajador la realización de las tareas fundamentales de la misma.

TOTAL Y PERMANENTE PARA LA PROFESION HABITUAL, cuando inhabilite al trabajador para realizar todas o las tareas básicas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

ABSOLUTA Y PERMANENTE PARA TODO TRABAJO, que inhabilite al trabajador por completo para cualquier profesión u oficio.

GRAN INVALIDEZ, situación de incapacidad permanente que, además de impedir el trabajo a quién la sufre, le inhabilita para realizar los actos esenciales de la vida (vestirse, desplazarse, comer, etc.), precisando para ejecutarlos la asistencia de otra persona.

c) **INVALIDEZ TEMPORAL durante el plazo de dos años contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente**, siempre y cuando las lesiones resultantes del accidente impidan al Asegurado atender sus ocupaciones y esté sometido a tratamiento médico.

El Asegurador abonará la cantidad diaria asegurada en los siguientes términos:

1.- Al 100% por los días en que el Asegurado se encuentre completamente impedido físicamente para atender sus ocupaciones declaradas en la solicitud de seguro.

2.- Al 50% de la cantidad anterior, cuando el Asegurado pueda dedicarse en parte a sus ocupaciones, pese a que siga sometido a tratamiento médico.

Con independencia de lo indicado anteriormente, el periodo máximo indemnizable para las dolencias descritas en el apartado i) del Art. 2º. será de 15 días por anualidad de seguro. Asimismo, en los siniestros derivados de las dolencias citadas, se aplicará siempre una franquicia de siete días o la indicada en las Condiciones Particulares si fuera superior.

d) **ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA durante el plazo de dos años contados desde la misma fecha del accidente.**

Los gastos devengados durante el período de tiempo pactado serán reembolsados por el Asegurador al Asegurado o a sus derechohabientes hasta la suma máxima expresamente pactada en las Condiciones Particulares.

La garantía de asistencia sanitaria ilimitada se otorgará únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga servicios médicos propios o concertados y dicha asistencia se preste a través de los mismos. En caso contrario, el límite máximo de indemnización será el previsto para los servicios médicos ajenos.

Bajo el concepto de asistencia médico farmacéutica se entienden incluidos:

1.- Los gastos que ocasione el transporte en vehículo adecuado de la persona accidentada, inmediatamente después del accidente, a un centro asistencial, cuando tal servicio resulte necesario para la salud del Asegurado.

2.- Los gastos de locomoción, autorizados por el Asegurador, devengados por la persona asegurada durante el período de curación garantizado, cuando, por imperativos de tratamiento sanitario requerido por las lesiones del accidentado, la asistencia hubiera de efectuarse en población distinta a la de residencia habitual del Asegurado.

CAPITALES ASEGURADOS Y LÍMITE DE LA COBERTURA

Los capitales de las diferentes coberturas no son acumulables entre ellos salvo pacto contrario en el convenio colectivo.

Los capitales y riesgos asegurados por este contrato son los establecidos en el apartado de garantías y sumas aseguradas las Condiciones Particulares, aun cuando en el momento del accidente el Tomador tuviera la obligación según convenio vigente, de asegurar riesgos y/o capitales distintos. El Tomador se obliga por tanto a notificar al Asegurador las modificaciones que se pacten en los sucesivos convenios sobre los riesgos a asegurar.

En caso de que en un mismo siniestro resulten afectados varios asegurados, el total de indemnizaciones abonadas a todos los asegurados afectados no podrá superar en ningún caso la cantidad de 2.100.000 de euros. En caso de ocurrencia de este supuesto la mencionada cantidad se distribuirá proporcionalmente al número de asegurados que tengan derecho a indemnización por causa del siniestro.

ARTÍCULO 7. BASES DEL CONTRATO

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.

ARTÍCULO 8. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato se realiza por el plazo que acuerden las partes contratantes, el cual deberá consignarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en las Condiciones Particulares a condición de que, salvo pacto en contrario, haya sido satisfecha la prima.

Salvo pacto en contrario, a la expiración del período de duración pactado, la póliza se entenderá prorrogada por un año más, y así sucesivamente a la expiración de cada período anual hasta tanto que cualquiera de las partes contratantes comunique a la otra, por escrito que deberá ser cursado con dos meses de antelación, por lo menos, a la fecha de comienzo de cada prórroga, su deseo de no mantener vigente el seguro.

Si el plazo de duración acordado por las partes fuese inferior a un año, el contrato será improrrogable salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 9. 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.**

REGULARIZACIÓN DE LA PRIMA

La prima neta a satisfacer por el Tomador del Seguro, se considera provisional y se regularizará al finalizar cada anualidad de seguro, de acuerdo con el número de empleados que figuren en los boletines mensuales TC2 de cotización a la Seguridad Social.

El Tomador del Seguro viene obligado a remitir al Asegurador fotocopia de dichos boletines, pudiendo aceptar el Asegurador declaración formulada por el Tomador del Seguro, en el que consten el número total de empleados de cada mes de los comprendidos en el período a regularizar.

Queda expresamente convenido que el plazo para remitir al Asegurador la documentación indicada, para poder practicar la regularización anual de la póliza, queda fijado en un máximo de 60 días a partir de su vencimiento. **Si pasado dicho plazo el Asegurador no ha recibido dicha documentación, los efectos del seguro quedarán automáticamente en suspenso en caso de siniestro, no recobrando el Tomador del Seguro todos sus derechos hasta las doce de la noche del día en que se hayan recibido los documentos indicados.**

La regularización se efectuará anualmente en base a la suma de los empleados comprendidos en cada uno de los boletines mensuales modelo TC2, dividiendo dicha suma por el número de meses objeto de la regularización, y multiplicando el resultado obtenido, por la prima neta anual establecida en póliza por Asegurado. De la prima neta definitiva así obtenida, se restará la

provisional abonada por el Tomador de Seguro, efectuando el Asegurador, por la diferencia, un recibo a cargo de la Empresa o un extorno de prima según proceda.

ARTÍCULO 10. DECLARACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO ,

El Tomador declara que en el grupo asegurado:

- No existen personas en situación de baja médica por enfermedad o accidente.
- No existen personas en proceso de cualquier tipo de invalidez.
- No existen personas con defecto físico, disminución funcional o minusvalía.

ARTÍCULO 11. 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.

ARTÍCULO 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Para hacer efectiva la indemnización asegurada, será indispensable que el Tomador del Seguro acredite mediante la presentación de la documentación pertinente, lo siguiente:

- Que el Asegurado esté dado de alta en la Seguridad Social en el momento del accidente.
- Que la ocurrencia del siniestro se derive de un supuesto amparado por el contrato.
- Que la consecuencia del siniestro sea un riesgo asegurado por la presente póliza.
- Que la Invalidez haya sido reconocida, en el grado que corresponda, mediante resolución del Organismo Oficial competente en cada momento.

INCOMPATIBILIDAD DE INDEMNIZACIONES:

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.

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. 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, además, 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 que sean 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 y resolución firme de la Autoridad Sanitaria competente donde se indique el tipo de invalidez concedida.

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.

ARTÍCULO 13. 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.

ARTÍCULO 14. DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA

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

ARTÍCULO 15. 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.

ARTÍCULO 16. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de este contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 17. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

Si las partes no lograsen el acuerdo sobre la evaluación de la indemnización dentro del plazo previsto en el Artículo 12 del presente Condicionado, se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro o de cualquier otra que la sustituya o modifique.

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.

ARTÍCULO 18. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de domicilio.

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 a la Entidad Aseguradora.

El pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, 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 a la Entidad Aseguradora, salvo que a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de la Entidad Aseguradora.

DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

Resolución de 27 Noviembre de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. (B.O.E. nº 292 de fecha 7/12/2006)

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de Mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aún 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.

Resumen de normas legales

1.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2.- Riesgos excluidos

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

b) Los ocasionados en personas 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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

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

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 conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

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 halle 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

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

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

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

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

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa sobre protección de datos le recordamos que los datos personales que nos haya aportado, incluidos los eventuales de salud, se incluirán en un fichero responsabilidad de **FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA**, con la finalidad de desarrollo, control y ejecución del presente contrato de seguro, la gestión y tramitación de las

coberturas y/o prestaciones sanitarias en su caso contratadas y prevención del fraude, así como para el envío electrónico o postal de comunicaciones comerciales sobre nuestros productos que pudieran ser de su interés, salvo que usted hubiera manifestado o manifieste expresamente su negativa a recibirlas. Al contratar la presente póliza Usted nos autoriza expresamente para llevar a cabo el indicado tratamiento, así como que puedan ser destinatarios de la información médicos, centros, hospitales u otras instituciones o personas del ámbito sanitario, para que FIATC pueda cumplir con las prestaciones garantizadas. En este sentido, le informamos que la solicitud o la prestación de eventuales servicios sanitarios derivados del contrato de seguro, supone la conformidad expresa del solicitante, tomador y/o asegurado-beneficiario a la comunicación entre FIATC y el médico, centro, hospital o cualquier otra institución o persona prestadora de la asistencia, de aquellos datos personales resultantes de los actos médicos, exámenes, análisis o actuaciones médicas realizadas que sean pertinentes, adecuados y no excesivos para que las partes puedan cumplir, desarrollar y controlar los derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro, cuya legislación aplicable obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación. Así como consiente que puedan ser destinatarios de la información los profesionales y/o entidades con los que FIATC suscriba convenios de colaboración por motivos de coaseguro, reaseguro, cese y cambio en la posición mediadora de su contrato o producto de seguro y prestación de los servicios asegurados. El afectado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a FIATC, Avenida Diagonal 648, 08017, Barcelona, al que deberá acompañar una fotocopia de su DNI. En caso de oposición al tratamiento y comunicación de los datos descritos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer FIATC de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o para el cumplimiento de los demás fines garantizados en el contrato de seguro.

CLÁUSULA ADICIONAL ÚLTIMA: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Reglamento de Defensa del Cliente de Fiatc, se encuentra a disposición de los Sres. Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648 de Barcelona así como en la página Web www.fiatc.es.

1. DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC)

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato de seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm. 648, -08017- de Barcelona, Teléfono 902 110 120, Fax 932 802 216 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es.

El SCAC dispondrá de **DOS MESES** a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de dos meses por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL CLIENTE DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, -28042- de Madrid.

3. JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

LAS CONDICIONES GENERALES QUE ANTECEDEN Y LAS PARTICULARES QUE APARTE SE ENTREGAN AL TOMADOR, CONSTITUYEN EL PRESENTE CONTRATO Y NO TIENEN VALIDEZ NI EFECTO POR SEPARADO.

CARGO POR ADEUDO DIRECTO

ACREEDOR: COSTA SERRA S.L.		ID ACREEDOR: ES07001B60268208
REF. MANDATO: 4310004695	VENCIMIENTO: 09-08-2019	REF. ADEUDO: 4310004695
DEUDOR: INKEMA SISTEMAS, S.L.		
Concepto: POLIZA: 30-2009828. PERIODO DE VIGENCIA ENTRE 08/08/2019 AL 08/08/2020		
PARA ACLARACIONES DIRÍJANSE AL ACREEDOR ARRIBA CITADO		IMPORTE TOTAL: EUROS *****928,38

N° ADEUDO: 2019221000074840

TITULARES
INKEMA SISTEMAS S.L.

En la fecha indicada hemos CARGADO en su cuenta, por el concepto expresado, la cantidad señalada como IMPORTE TOTAL.

OFICINA

FECHA

IBAN

VALLÉS ORIENTAL EMPRESAS

09-08-19

ES20 0182 5425 1102 0150 8598