

Póliza de Seguro de DECESOS

*Reglamento de
Prestaciones*



Modificado en A.G.M.
24.06.2016



1. PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo contenido en el presente reglamento de prestaciones. Igualmente al presente contrato le es aplicable la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Integran el presente suplemento de decesos: la solicitud, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, particulares y especiales, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de la entidad AFEMEFA, con domicilio en Madrid, Paseo de las Delicias número 48, 1º planta, corresponde al Reino de España y en concreto, al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2. DEFINICIONES

A efectos de este contrato se entiende por:

- **AFECCIÓN CONGÉNITA:** Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del asegurado.
- **ASEGURADO:** Persona o personas físicas residentes en España, titular del interés asegurado, con derecho a las prestaciones y coberturas aseguradas.
- **ASEGURADOR:** Entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. AFEMEFA.
- **BENEFICIARIO:** Persona o personas titulares del derecho a percibir el importe de la prestación derivada de este contrato, hasta el máximo de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares de la póliza.
- **CLÁUSULA LIMITATIVA:** Acuerdo establecido en el contrato de seguro mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.
- **CONDICIONES PARTICULARES:** Documento integrante de la póliza de seguro en el que se concretan y

particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

- **CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD:** Cuestionario facilitado al tomador del seguro y/o asegurado que forma parte del contrato y cuyo objeto es determinar el estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Dicho formulario se realiza al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de la entidad aseguradora.
- **DOMICILIO DEL ASEGURADOR, TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO:** Los que figuran indicados en las condiciones particulares de la póliza, que serán los pertinentes a todos los efectos.
- **ENFERMEDAD:** Toda alteración de la salud contraída durante la vigencia de la póliza, y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad que haga precisa una asistencia facultativa y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza. Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de la misma, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.
- **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad, defecto físico o patología que ya ha sido diagnosticada o tratada o ha dado lugar a consulta médica, o cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la póliza e incorporación del afectado como asegurado de la misma.
- **ESPAÑA, ESTADO ESPAÑOL O NACIONAL:** A efectos de la póliza se entenderá como España, Estado español, territorio nacional o territorio español, el lugar físico y concepto geográfico que comprende el territorio español peninsular, Ceuta, Melilla y las Islas Baleares y Canarias. Esta denominación es coincidente con lo que se entiende jurídicamente como Reino de España.
- **PLAZO O PERIODO DE INDISPUTABILIDAD:** Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato de seguro alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y que no se declararon en el cuestionario de estado de salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa o culpable del tomador del seguro y/o asegurado.
- **PÓLIZA:** Contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, las condiciones

particulares y las condiciones especiales, si las hubiese, las cláusulas limitativas, así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.

- **PREEXISTENCIA:** Condición médica o alteración de salud padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.
- **PRIMA/CUOTA:** Precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles.
- **RESIDENCIA HABITUAL EN ESPAÑA:** Permanencia en territorio del Reino de España por tiempo superior a 183 días al año.
- **REPATRIACIÓN:** Traslado de los restos del asegurado, fallecido en cualquier lugar del mundo, al Reino de España. Para tener derecho a esta garantía, será condición imprescindible que el asegurado integrante de la póliza cuyo óbito se produzca acredite su condición legal de residente en España.
- **SERVICIO DE DECESOS:** Conjunto de elementos y servicios necesarios para efectuar el sepelio del asegurado fallecido, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales y/o particulares de la póliza.
- **SINIESTRO:** Hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente por alguna de las garantías de la póliza. Se considera un único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.
- **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario en el que el tomador del seguro solicita la inclusión de la/s persona/s física/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración del riesgo.
- **ALCANCE DE LA COBERTURA:** cantidad fijada en la Asamblea General que representará, según los casos, el total valor del servicio prestado por el asegurador o el límite máximo de la indemnización a satisfacer por el mismo en caso de siniestro.
- **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física o jurídica que junto con el asegurador suscribe este contrato.

3. OBJETO DEL SEGURO

AFEMEFA, dentro de los límites y condiciones establecidos, se compromete a prestar los servicios funerarios recogidos en el presente Reglamento de Prestaciones, previo pago de la prima correspondiente y hasta el límite máximo de la suma establecida, por el fallecimiento del asegurado, sea cual sea la causa de defunción (salvo el suicidio del asegurado durante el primer año de cobertura) y el lugar de ocurrencia.

El presente contrato de decesos, sólo podrá ser contratado como suplemento a la póliza de Salud, nunca de forma independiente, y por menores de 60 años. No obstante, quienes contraten el suplemento de decesos y cuenten con 45

o más años cumplidos, además de abonar el importe de la prima anual, deberán abonar una cantidad calculada actuarialmente en función de la edad real.

Para tener derecho a las prestaciones que recoge este Reglamento, se establece un plazo de carencia de seis meses, desde la fecha de toma de efecto de la inscripción (primer día del mes siguiente) para aquellos que soliciten el alta en la Mutualidad, con edades superiores a 50 años.

4. GARANTÍAS ASEGURADAS

4.1. GARANTÍA DE SERVICIO DE DECESOS

4.1.1. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

AFEMEFA garantiza a los asegurados incluidos en la póliza, y hasta el límite máximo de la suma establecida en el momento del fallecimiento, la prestación de un servicio funerario de incineración o de enterramiento en un cementerio público municipal dentro del territorio nacional como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de ellos.

Los elementos asegurados incluidos son:

- Arca fúnebre, sábana sudario, sala de velatorio, coche fúnebre y coche de acompañamiento;
- Organización del acto social y/o religioso;
- Corona de flores o centro de flores,
- Servicio de inhumación,
- Servicio de incineración,

4.1.2. DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

El tomador o, en su defecto, los herederos del asegurado fallecido, en caso de deseárselo, podrán elegir, de entre los elementos asegurados del servicio de decesos descritos anteriormente, aquellos componentes del servicio cuyo límite máximo, a cargo del asegurador, no podrá ser superior a la suma establecida en el momento del fallecimiento, y que se aplicará íntegramente en el servicio prestado.

AFEMEFA garantiza la prestación del servicio de decesos aun cuando el fallecimiento del asegurado haya sido producido por suicidio, siempre que en este último caso, la incorporación del asegurado a la póliza, o la póliza misma en caso de contener un único asegurado, fuese de una antigüedad superior a un año.

AFEMEFA garantiza, sin necesidad de mediar incorporación expresa y al fallecimiento de los hijos habidos de mujeres aseguradas en la póliza, el pago de un servicio especial de enterramiento en la localidad que se haya producido el fallecimiento, adecuado a las circunstancias, siempre y cuando el mismo ocurra durante el periodo de la gestación y hasta las veinticuatro horas siguientes al nacimiento.

Pasadas las veinticuatro horas y hasta los 30 días de edad, el asegurador garantiza la prestación de un servicio fúnebre de párvulos. Transcurrido este periodo deberá estar dado de

alta en la póliza y figurar como asegurado en la misma para tener derecho a este servicio de decesos.

- El límite máximo de la prestación del servicio de decesos a cargo del asegurador será la cantidad aprobada en la Asamblea General de mutualistas inmediatamente anterior al fallecimiento, que se aplicará íntegramente en el servicio.

El exceso de la mencionada suma sobre el coste del servicio de decesos prestado por el asegurador corresponderá al tomador o, en su defecto, a los herederos.

En el supuesto de que una vez realizada la totalidad del servicio de decesos prestado por el asegurador aún no se hubiera agotado el importe de la suma establecida en el momento del fallecimiento, la entidad aseguradora abonará la diferencia resultante al tomador del seguro o, en su defecto, a los herederos.

Si la prestación del servicio de decesos no fuera posible o no se hubiera podido proporcionar por causas ajenas a la voluntad del asegurador, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por AFEMEFA, el asegurador satisfará a los herederos del asegurado fallecido hasta el límite máximo de la cantidad aprobada en la Asamblea General de mutualistas inmediatamente anterior al fallecimiento, no siendo responsable, en este caso, de la calidad de los servicios prestados.

El tomador del seguro, beneficiarios o herederos que hayan percibido indebidamente pagos del asegurador, vendrán obligados solidariamente a reintegrar su importe. Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de tres meses desde que se percibió indebidamente, la aseguradora podrá exigir un incremento del interés legal del dinero anual sobre el importe adeudado y en proporción a la demora.

5. PERSONAS ASEGURABLES

Podrá contratar las coberturas de este seguro toda persona física que a la celebración del contrato tenga una edad igual o inferior a los 60 años de edad, que no padezca una enfermedad grave y que tenga su residencia legal en España.

Si el asegurado es menor de edad, será necesaria la autorización por escrito de sus representantes legales.

6. PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO

No podrán ser asegurados, y por tanto el contrato será nulo, cuando al concertarse el mismo:

- a) Las personas padezcan cualquier tipo de enfermedad que limite su esperanza de vida, salvo que se haga constar expresamente esta circunstancia en su declaración de estado de salud y la entidad aseguradora lo acepte expresamente.
- b) Las personas que no sean residentes en el territorio

español, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. En caso de nulidad de la póliza, la entidad aseguradora podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

7. EXCLUSIONES

En cualquier caso, y además de las exclusiones específicamente contenidas para cada una de las garantías del contrato, el tomador del seguro declara conocer que están excluidos expresamente de todas las garantías del seguro:

- a) El suicidio del asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.
- b) El fallecimiento del asegurado que acontezca en países o territorios que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente, revolución, motines y tumultos populares, epidemias y los declarados por el Gobierno de carácter catastrófico; así como aquellos casos en los que el traslado de los restos mortales del asegurado fallecido sea a alguno de estos países o territorios en las mismas circunstancias.
- c) Los siniestros producidos durante los periodos de permanencia del asegurado en el extranjero en cualquier circunstancia por tiempo superior a 90 días al año.
- d) El transporte de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.
- e) El fallecimiento del asegurado como consecuencia de enfermedades preexistentes, así como consecuencia de anomalías o defectos constitucionales o congénitos, invalideces físicas o mentales, siempre y cuando sean anteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza o a la inclusión del mismo en la póliza, aun cuando no exista diagnóstico concreto y que no hayan sido declaradas en la declaración de estado de salud ni aceptadas expresamente por la entidad aseguradora en las condiciones particulares.

En todo caso, será requisito indispensable para poder percibir las garantías cubiertas por la presente póliza, que el asegurado cuyo óbito se produzca sea residente en España, debiendo acreditar su condición legal de residencia en España conforme lo previsto en la presente póliza.

En caso que la entidad aseguradora tenga conocimiento, con posterioridad a haber prestado el servicio o a haber satisfecho el importe, total o parcial, de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares de la póliza, que el fallecimiento del asegurado ha sido consecuencia de una enfermedad preexistente y no declarada en la declaración de estado de salud existente al efecto, podrá reclamar al tomador del seguro y/o a los herederos del asegurado fallecido el importe al que asciendan los servicios funerarios

prestados o, en su caso, el importe que se hubiera satisfecho de la suma asegurada.

8. FORMALIZACIÓN Y DURACION DEL CONTRATO

8.1. El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato por el consentimiento manifestado por la parte contratante en la suscripción de la póliza o documentos posteriores. Las coberturas contratadas y, en su caso, modificaciones tomarán efecto en la fecha y hora indicada en las condiciones particulares del seguro, y siempre que haya sido satisfecho el primer recibo de prima o, en su caso, el primer recibo de prima rectificadora, en caso de modificación.

8.2. La solicitud de contrato, el cuestionario de estado de salud cumplimentados por el tomador del seguro y/o el asegurado, en su caso, y esta póliza constituyen un todo unitario fundamento del seguro, que solo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos especificados en la misma.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a AFEMEFA en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la presente póliza.

8.3. El seguro se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, por el periodo de un año. A la finalización del mismo y salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado el contrato tácitamente por periodos anuales, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. De conformidad con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

8.4. En aquellos supuestos en que el tomador es persona distinta al asegurado, el contrato de seguro queda extinguido como consecuencia del fallecimiento del tomador. No obstante, la entidad aseguradora tendrá la facultad de mantener el contrato de seguro con el asegurado, subrogándose este último en la posición del tomador, con mantenimiento de todos los derechos y obligaciones que tenía el tomador al momento del fallecimiento, siempre y cuando el asegurado solicite la subrogación en el plazo de dos meses desde el fallecimiento del tomador y la entidad aseguradora lo acepte.

9. PAGO DE PRIMAS

9.1. El tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario. El tomador del seguro deberá entregar a AFEMEFA los datos de la cuenta

corriente o de ahorros en la que se domiciliarán los recibos del presente seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

9.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas o fracciones se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

9.3. Si la primera prima o fracción de la prima, no hubiera sido satisfecha, AFEMEFA se reserva el derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, con base en la póliza de seguro. En todo caso si la prima o fracción no ha sido pagada en el momento de producirse el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

9.4. La prima del seguro es anual. En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual, se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en su totalidad si el importe satisfecho no es el correspondiente al de la prima total.

9.5. En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de la cuota.

Si AFEMEFA no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no hubiese 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 tomador del seguro/asegurado, perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para el periodo del seguro en curso. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

9.6. La aseguradora solo queda obligada por los recibos librados por AFEMEFA. El único documento válido para justificar el pago es el recibo emitido por la aseguradora.

No tendrán carácter liberatorio las cantidades pagadas a corredurías, salvo que este solicite del asegurador la emisión del correspondiente recibo.

9.7. Sobre la base de la prima anual se aplicará el Impuesto sobre Primas de Seguro y el recargo correspondiente al Consorcio de Compensación de Seguros, en los términos

establecidos en la legislación vigente. Tributos y recargos que se girarán en el primer recibo de cada anualidad en el caso del recargo del Consorcio de Compensación de Seguros y en cada recibo fraccionado en el caso del Impuesto sobre primas de seguro.

10. DECLARACIONES DEL RIESGO

10.1. El presente contrato de seguro se basa tanto en las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y/o asegurado contenidas en la solicitud del seguro y en el cuestionario de salud previo presentado por la aseguradora, como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, pueden ser efectuadas por el tomador o asegurado, siendo datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza, que solo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos especificados en la misma.

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del tomador del seguro, así como en la edad, nacionalidad o profesión de cualquiera de los asegurados cubiertos por la póliza, la aseguradora podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud.

Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con dolo o culpa grave. Si no media dolo o culpa grave, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

10.2. El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberán, antes de la conclusión del contrato, declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que se contiene en la solicitud del seguro, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

10.3. Durante la vigencia del contrato el tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberán comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario que se contiene en la solicitud de seguro que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de

la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro se extenderá a las circunstancias declaradas.

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

10.4. Deberá declarar el tomador, en todo caso, el nombre de otros aseguradores en el caso de que otro u otros contratos de seguros garanticen riesgos iguales a los cubiertos por la presente póliza.

10.5. Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio, ya sea dentro de la localidad en la que resida o en población distinta, o de profesión del asegurado. Si el cambio de domicilio supone una disminución de riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro. Si determina agravación del riesgo se estará a lo previsto en el apartado 3 de esta condición.

11. PERDIDA DE DERECHOS Y RESCISION DEL CONTRATO

11.1. El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud por parte del tomador del seguro o el asegurado, no respondiendo con veracidad y ocultando de manera consciente circunstancias relevantes o no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se piden.

b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a AFEMEFA, de conformidad con lo establecido en la póliza.

c) Si en el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro.

11.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, AFEMEFA solo podrá rescindir el contrato de seguro si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos en la estipulación quinta de las presentes condiciones generales.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a AFEMEFA la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a la aseguradora en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas aplicables, le

hubiere correspondido abonar en concepto de prima, según su verdadera edad.

Si la prima pagada por el tomador del seguro como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento hubiese sido superior a la que debería de haberse abonado, la aseguradora estará obligada a reintegrar al tomador del seguro el importe correspondiente por el exceso percibido de conformidad con las tarifas que resultaran aplicables, sin intereses.

11.3 Respecto de los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza, el contrato de seguro se extingue:

a) Si durante la vigencia de la póliza se produjera el fallecimiento del asegurado, desde ese mismo momento el contrato de seguro quedará extinguido y el asegurador tiene derecho a hacer suya la prima no consumida, aun cuando no concurren los requisitos y condiciones establecidos en la póliza para la cobertura de las garantías del seguro.

b) Por impago de la prima o de sus fracciones, tras el transcurso de los seis meses siguientes al vencimiento de las mismas.

c) Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o por no residir en el territorio del Reino de España un mínimo de 183 días dentro del año natural.

d) En caso de reserva o inexactitud de la edad, nacionalidad, profesión y declaraciones de estado de salud y valoración del riesgo del tomador del seguro y asegurado.

En todo caso, el asegurador podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes a contar desde el momento en que se conociera de forma fehaciente la reserva o inexactitud del tomador del seguro o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

La aseguradora podrá ejercer su derecho de rescisión del contrato en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del tomador y/o asegurado o de existencia de reserva o inexactitud, dolo o culpa en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud de la solicitud del seguro realizada por el asegurador.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la entidad aseguradora sólo podrá impugnar la póliza si su verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos en la estipulación quinta de las presentes condiciones generales.

12. CONCURRENCIA DE SEGUROS

12.1. El tomador queda obligado a comunicar a la entidad aseguradora, en todo caso, la existencia de otras pólizas contratadas con distintos aseguradores, que cubran el mismo riesgo sobre las mismas o algunas de las personas aseguradas por la presente póliza y reseñadas en las condiciones particulares de la misma.

12.2. Una vez ocurrido el siniestro, el tomador o el asegurado deberán comunicarlo a cada asegurador, con indicación del nombre de los demás aseguradores.

12.3. Si al fallecer un asegurado resultase que lo está con el mismo asegurador en más de una póliza que contenga la garantía de servicio funerario, el asegurador solo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, procediéndose a su vez a reembolsar, a petición del tomador, las primas pagadas por el asegurado en la otra u otras pólizas que haya decidido anular desde el momento en el cual se produjo la duplicidad de aseguramiento.

12.4. En caso de fallecimiento del asegurado, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una aseguradora, el asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada que figure en el momento del fallecimiento en las condiciones particulares de la póliza a los herederos del asegurado fallecido.

13. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

13.1. El seguro de decesos contratado se basa en el principio de libertad de elección de los prestadores funerarios entre los que ofrezcan sus servicios a nivel nacional y de conformidad con el derecho de admisión que los mismos tengan establecido, dentro de los límites y condiciones determinados en el contrato de seguro, y, garantizándose, en todo momento, la calidad del servicio y la prestación de los elementos garantizados en la presente póliza.

13.2. Las coberturas de esta póliza se prestarán, de conformidad con lo previsto en el presente Reglamento de prestaciones, con los proveedores funerarios, entidades, establecimientos e instituciones, incluso con otras entidades de seguros y/o reaseguro, con los que la entidad aseguradora tenga establecidos vínculos de colaboración en los supuestos de los servicios garantizados en la misma y para la gestión de la póliza y/o siniestro.

13.3. En caso de fallecimiento de un asegurado deberá comunicarse la defunción del mismo a la entidad aseguradora por el medio más rápido posible indicando: el número de póliza; nombre del asegurado fallecido; DNI del asegurado fallecido, lugar donde el asegurado fallecido se encuentra, y número de teléfono donde localizar a los familiares que solicitan la cobertura.

13.4. Traslado Internacional (Europa Comunitaria). Se prestará a todos los mutualistas que fallezcan por causa inesperada fuera del territorio nacional, consistiendo en la repatriación de restos mortales del fallecido y la repatriación a España. Para hacer uso de este servicio, se deberá comunicar el fallecimiento al teléfono que anualmente se publica en la "Guía del Mutualista".

14. BENEFICIARIOS.

Se consideran beneficiarios de la prestación por fallecimiento, en primer lugar el mutualista en cuanto a la prestación del servicio fúnebre sobre su persona o sus herederos

Se considerará beneficiario al designado por el mutualista bien por testamento o mediante comunicación expresa y firmada hecha a la Mutualidad. En caso de no existir tal designación, los herederos legales del mutualista fallecido lo serán por este orden de prioridad: esposos (en el momento del fallecimiento); a falta de estos, los hijos con derecho a herencia, padres, nietos y hermanos, no reconociéndose otro parentesco que los citados.

El cambio de beneficiario designado, deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Los beneficiarios podrán designar personas que los representen mediante una autorización escrita acompañada de la fotocopia del DNI, quedando tales personas con los derechos y obligaciones que tuviere el beneficiario con respecto a la Mutualidad.

Para solicitar el cobro de las prestaciones, los beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación:

- Certificado de últimas voluntades (se debe presentar en cualquier caso)

- **Si hubiera testamento:**

1. Copia del testamento
2. Autorización escrita y fotocopia del DNI de todos los herederos (caso de existir más de uno)
3. Recibo del periodo en curso
4. DNI del beneficiario que perciba la liquidación.

- **Si no hubiera testamento:**

1. Libro de familia de la persona fallecida, fe de matrimonio o certificado de pareja de hecho del Registro civil.
2. Autorización escrita y fotocopia del DNI de todos los herederos (caso de existir más de uno).
3. Recibo del periodo en curso
4. DNI del beneficiario que perciba la liquidación

- **Si no hubiera testamento, ni libro de familia:** Acta de notoriedad.

El importe de la prestación se abonará por este orden: cónyuge en el momento del fallecimiento, hijos, padres, nietos y hermanos. El plazo para solicitar esta compensación será de 90 días desde el momento que se produzca el hecho causante de la prestación.

En caso de que el mutualista fallecido hubiera designado en vida beneficiario mediante carta firmada de su puño y letra y depositada en la Mutualidad con antelación al fallecimiento, se abonará la prestación al mismo.

Cuando no exista persona alguna con derecho a la

percepción de la liquidación, si hubiera lugar, su importe quedará a favor de la Mutualidad.

En el caso de abono de las facturas referencias al sepelio del mutualista y que la Mutualidad deba hacerse cargo de ellas, se ha de presentar la factura o facturas correspondientes, abonándose las mismas, si procede, a la persona que acredite haber pagado las mismas.

15. COMUNICACIONES Y JURISDICCION

15.1. Las comunicaciones a AFEMEFA por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros, no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

15.2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por AFEMEFA al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

15.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador de seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.

15.4. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el domicilio del asegurado.

16. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Responsable del tratamiento.

De conformidad con lo previsto en la normativa de protección de datos de aplicación, en concreto, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la LO 3/2018, de 5 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos que como tomador y/o asegurado los datos personales suministrados voluntariamente en la solicitud de seguro y los que pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamiento derivados de la relación

aseguradora en virtud de las coberturas garantizadas, así como todos aquellos datos que nos pudieran facilitar con posterioridad durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, así como, de los derivados de su relación con los profesionales que intervengan en virtud de la relación contractual establecida, y de aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación aseguradora, serán tratador por Asociación Ferroviaria Médico Farmacéutica (AFEMEFA), Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija. NIF: G-28556462. Domicilio: Paseo de las Delicias, 48 – 1º; 28045 Madrid. Tfn. 915 280 582. Contacto DPD: comunicacion@afemefa.com, en calidad de responsable del tratamiento.

En caso de no facilitar la información obligatoria e imprescindible solicitada, no será posible llevar a cabo la relación precontractual y/o contractual con usted.

Usted podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección: comunicacion@afemefa.com.

El interesado deberá comunicar a AFEMEFA cualquier modificación de sus datos de carácter personal a fin de que la entidad aseguradora pueda mantenerlos debidamente actualizados.

Finalidades y legitimación del tratamiento de sus datos personales.

Sus datos personales serán tratados para las finalidades y con las bases de legitimación que se indicarán a continuación:

- Formalización, gestión y ejecución de la relación precontractual y/o contrato de seguro, constituyendo la base de legitimación es la ejecución del contrato. Asimismo, AFEMEFA, también trata datos de salud, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante, LOSSEAR) legitima el tratamiento de los datos que resulten necesarios para la ejecución del contrato de seguro, así como, por razones de interés público en el ámbito de la salud pública.
- Para el tratamiento de datos de menores de 14 años será necesario haber obtenido previamente el consentimiento del titular de la patria potestad o de la tutela, de conformidad con el artículo 7.2 de la LOPDGD.
- La entidad aseguradora podrá habilitar dispositivos o tabletas de digitalización de firma para la suscripción por parte de los titulares de solicitudes, contratos, declaraciones o documentos de todo tipo cuya suscripción requiere el tratamiento y conservación de los datos biométricos de los titulares obtenidos mediante la digitalización de la firma. La base de legitimación del tratamiento es el consentimiento explícito del interesado. La utilización de tales medios por los titulares comportará la aceptación y conservación de sus datos biométricos para tales fines.

Consiento EXPRESAMENTE el tratamiento de mi/s dato/s biométrico/s, para la finalidad expresada en este documento .

- Realizar grabaciones de conversaciones telefónicas con motivo de la relación contractual existente entre ambas usted y AFEMEFA como consecuencia de nuestro interés legítimo en controlar la calidad de nuestros servicios y garantizar la seguridad de las llamadas. Asimismo, le informamos que con base en el interés legítimo de AFEMEFA,

las llamadas podrán ser utilizadas como medio de prueba en cualquier procedimiento judicial o extrajudicial.

- Consulta de ficheros comunes relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias con el fin de determinar la solvencia económica, a fin de calcular el riesgo que se asocia a la contratación, así como para determinar la prima. La base de legitimación es el interés legítimo de AFEMEFA y la defensa de sus intereses.
- Envío, por cualquier medio, de ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales de contratación de productos y/o servicios de la entidad aseguradora, sean de carácter general o adaptadas al perfil y/o a sus características personales, así como, para la elaboración de encuestas de calidad y satisfacción, programas de fidelización de clientes u otros análogos. Todo ello en base a la base del interés legítimo de AFEMEFA en mantenerle informado de nuestros productos y/o servicios.

SI NO DESEA recibir información comercial, marque la casilla .

Se informa expresamente al interesado de que puede revocar en cualquier momento su consentimiento, de conformidad con lo dispuesto en el apartado “derechos del afectado” reseñado en la presente cláusula.

Categorías y procedencias de datos de carácter personal.

Los datos de carácter personal objeto de tratamiento, incluso los datos de salud serán los que se recaben en el marco precontractual y/o contrato de seguro.

- Datos facilitados con carácter previo a la contratación presupuesto, proyecto y solicitud de seguro.
- Datos que consten en la póliza y/o datos generados durante la relación contractual.
- Datos recabados de otras fuentes, entre ellos, ficheros de solvencia patrimonial y crédito, abogados, peritos, hospitales...

Los datos objeto de tratamiento serán relativos al tomador y otras personas físicas que puedan estar relacionadas con el contrato de seguro como asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados. En caso de que los datos personales se faciliten por persona distinta (tomador del seguro) del titular de los mismos (asegurado), recaerá en aquel la obligación de informar de los tratamientos de los datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de sus titulares para el tratamiento con los fines establecidos en la misma.

Destinatarios de sus datos personales.

Los datos personales adecuados, pertinentes y no excesivos podrán ser comunicados a las siguientes categorías de destinatarios:

- Médicos, centros sanitarios, hospitales, otras instituciones o personas y otras aseguradoras y reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro, cesión de cartera o la realización de operaciones conexas, cesión o administración cuya base de legitimación es la base legal (Ley de Contrato de Seguro y la LOSSEAR) y el interés legítimo de

AFEMEFA.

- Fuerzas de seguridad, jueces y tribunales, en caso de ser requerida con el fin de investigar conductas fraudulentas o delictivas, cuya base de legitimación es la base legal.
- Agencia Española de la Administración Tributaria para el cumplimiento de obligaciones fiscales y tributarias.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, AFEMEFA informa de que los datos de carácter personal podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la liquidación de siniestros y la colaboración estadísticas actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, prevención del fraude y otros legalmente establecidos, todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la LOPDGDD.

Transferencias Internacionales de Datos.

No se prevén transferencias internacionales de datos.

Ejercicio de derechos.

La entidad aseguradora informa sobre la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a AFEMEFA, acompañando copia de su Documento Nacional de Identidad o del pasaporte u otro documento válido identificativo, a la siguiente dirección: comunicacion@afemefa.com o dirección postal: AFEMEFA, Paseo de las Delicias 48, 1º; 28045 Madrid, con la referencia "Protección de datos personales".

- Derecho de acceso: tiene derecho a que AFEMEFA confirme si está o no tratando sus datos y, en su caso, solicitar el acceso a los datos o determinada información del tratamiento como: fines, categorías de datos, destinatarios...
- Derecho de rectificación: de datos inexactos.
- Derechos de supresión (derecho al olvido): de los datos cuando, entre otros motivos, éstos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- Derecho de limitación: en el supuesto que el interesado impugne la exactitud de los datos, mientras se verifica su exactitud, podrá solicitar la limitación del tratamiento de los datos de carácter personal. En ese caso, los datos únicamente serán tratados para el ejercicio o defensa de las reclamaciones.
- Derecho a la portabilidad: a recibir sus datos en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica, y a transmitirlo a otro responsable del tratamiento.
- Derecho de oposición: en cualquier momento.
- Revocación del consentimiento.

Asimismo, tiene derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Conservación de sus datos personales.

AFEMEFA, conservará sus datos mientras perdure la relación contractual con usted, así como, una vez finalizada y durante el

plazo de caducidad o prescripción de las normas penales, civiles, fiscales o mercantiles de aplicación. Tras lo anterior, los datos serán eliminados.

17. OTROS ASPECTOS LEGALES

17.1. Contratación a distancia

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica, el fax o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, AFEMEFA pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a AFEMEFA dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

17.2. Grabación conversaciones telefónicas

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autorizan a AFEMEFA para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia escrita del contenido de las citadas grabaciones.

17.3. Atención al Cliente, quejas y Reclamaciones

AFEMEFA, de conformidad con la legislación vigente (ORDEN ECO 734/2004, de 11 de marzo), dispone de un departamento de Atención al Mutualista al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Este departamento atiende las quejas y reclamaciones de AFEMEFA: Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al departamento de Atención al Mutualista por cualquiera de los siguientes medios:

a) Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de AFEMEFA.

b) Por correo postal remitido a: AFEMEFA, paseo de las Delicias 48, 1º, 28045 Madrid. "Departamento de Atención al Mutualista".

c) Por correo electrónico a la dirección atencionalmutualista@afemefa.com

El departamento de Atención al Mutualista acusará recibo por escrito de las mismas y tiene obligación de resolver de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Asimismo, los interesados podrán interponer posteriormente reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 28046 Madrid. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de entrada de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Mutualista sin que este haya resuelto o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del departamento de Atención al Mutualista, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normas posteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales posteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomienden a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio reglamento. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados, en todo caso, podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción que corresponda.

17.4. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, conforme dispone el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

17.5. Recargos e Impuestos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador del seguro y/o asegurado.

18. CLAUSULA FINAL

El presente Reglamento de prestaciones, anula cualquier otro anterior, entrando en vigor en el momento de aprobación por la Asamblea General de Mutualistas.

Este Reglamento ha sido modificado y ratificado por la Asamblea General de Mutualistas celebrada en Madrid el veinticuatro de junio de dos mil dieciséis.

Suplemento al Número de Póliza:

Y, en prueba de conformidad con todo lo que antecede, firman el presente documento, por duplicado y a un solo efecto, en Madrid, a _____ de _____ de _____.

EL MUTUALISTA

POR AFEMEFA

