

Artículo 1. DEFINICIONES**Mutualidad**

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

Asociado

Es el tomador de la póliza, persona física o jurídica que suscribe la póliza y forma parte de la Mutualidad.

Beneficiario

Persona a favor de la cual, en un contrato de seguro sobre la vida, se establece el derecho a percibir un capital o una renta, u otras prestaciones convenidas, para el caso de muerte o de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Salvo pacto en expreso en contra, la cobertura entrará en vigor a las cero horas de la fecha de efecto y terminará en el momento de producirse el siniestro o a las cero horas de la fecha de vencimiento.

Póliza

Es el contrato de seguro en el que se regulan los derechos y deberes de las partes intervinientes. La misma está compuesta por las presentes Condiciones Generales, que contienen el conjunto de las condiciones reguladoras del seguro, de las Condiciones Particulares, dónde se individualizan las coberturas para cada tomador y asegurado, y por Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el

Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador.

Artículo 2. COBERTURA

El objeto de este condicionado será la cobertura de los siguientes riesgos:

1.- Cobertura Principal

Por el fallecimiento del asegurado producido por cualquier causa y en cualquier lugar, la Mutualidad se obliga al pago del capital garantizado al ocurrir el fallecimiento del asegurado, si el hecho causante se encuentra dentro del periodo de vigencia de la póliza.

2.- Coberturas Complementarias

Para poder contratar las coberturas complementarias deberá contratarse siempre el riesgo principal, salvo la cobertura de renta de incapacidad permanente absoluta la cual podrá contratarse de forma individual.

La contratación de los riesgos complementarios puede pactarse que se extienda a todos ellos o sólo a alguno o algunos.

a) Incapacidad permanente total para la profesión habitual.

En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, sobrevenida al asegurado la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Por incapacidad permanente total para la profesión habitual se ha de entender la que inhabilite al trabajador, de forma irreversible, para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

b) Incapacidad permanente absoluta.

Se entiende por incapacidad permanente absoluta la que inhabilita al trabajador, de forma irreversible, para toda profesión u oficio.

Se establecen dos modalidades de contratación:

Capital: En el supuesto de que el asegurado resulte afectado por una incapacidad permanente absoluta, la Mutualidad se obliga al pago del capital garantizado para este seguro.

Renta: En el supuesto de que el asegurado resulte afectado por una incapacidad permanente absoluta, y previamente haya superado el período de franquicia establecido en las condiciones particulares (a contar desde la fecha de la I.T. que ha generado dicha incapacidad), la Mutualidad se obliga al pago de una indemnización mensual, pagadera a mes vencido, por el importe expresado en las condiciones particulares hasta el cumplimiento de sesenta y cinco (65) años, o hasta la fecha de su fallecimiento si esta fuese anterior a esta edad.

c) Muerte por accidente.

Se entiende por muerte por accidente la producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del asegurado y que cause su fallecimiento dentro de un (1) año a partir de la fecha en que sufrió la lesión.

d) Muerte por accidente de circulación.

Se considerará que un accidente es de circulación en los siguientes supuestos:

- 1) Fallecimiento del asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- 2) Fallecimiento del asegurado como peatón causado por un vehículo.
- 3) Fallecimiento del asegurado como usuario de transportes terrestres, marítimos o aéreos.

Esta garantía solamente podrá ser protegida conjuntamente con la c.

e) Enfermedad grave.

Tendrán la consideración de enfermedad grave, el cáncer, la apoplejía, el infarto agudo de miocardio, la afección crónica de las arterias coronarias que requiera de cirugía de revascularización cardíaca (by pass), la insuficiencia renal, la parálisis, el trasplante de órganos vitales, la esclerosis múltiple, el Parkinson, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la encefalitis y la pérdida del habla.

En el supuesto de que el asegurado resulte afectado por una enfermedad grave, la Mutualidad se obliga a la anticipación parcial (en caso de que el capital garantizado sea inferior al del seguro principal) o total del pago del capital garantizado en el seguro principal. El mencionado importe será el que en cada caso se establezca en la póliza del asegurado.

Se entiende por:

- **Cáncer:** tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. El término incluye la leucemia pero excluye los cánceres no invasivos "in situ", los tumores en presencia del virus de inmunodeficiencia humana, y los cánceres de piel, a excepción del melanoma maligno.
- **Apoplejía:** accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes. Los accidentes vasculares isquémicos transitorios quedan específicamente excluidos.
- **Infarto de miocardio:** la muerte de parte del músculo cardíaco como resultado de un bloqueo de las arterias coronarias. El diagnóstico debe confirmarse por un episodio de dolor pectoral típico, alteraciones en los electrocardiogramas recientes y elevación en las enzimas cardíacas.
- **Afección crónica de las arterias coronarias que requiera cirugía:** el sometimiento a cirugía a corazón abierto tras la recomendación del cardiólogo para corregir el estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de by-pass. Están excluidas la angioplastia de balón, el tratamiento con láser u otros tratamientos.
- **Insuficiencia renal:** fase final del fallo crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis renal a intervalos regulares.
- **Parálisis:** la completa pérdida de la función muscular o sensibilidad de dos o más miembros, cualquiera que sea la causa de la parálisis.
- **Trasplante de órganos vitales:** el sometimiento actual como receptor de un trasplante de corazón, hígado, pulmón, páncreas o médula ósea.
- **Esclerosis múltiple:** diagnóstico inequívoco llevado a cabo por un neurólogo especialista seguido de más de un episodio de síntomas neurológicos bien definidos y confirmados por técnicas modernas de investigación tal como scanner.
- **Parkinson:** diagnóstico inequívoco llevado a cabo por un neurólogo especialista. Sólo es cubierto el Parkinson Idiopático.
- **Alzheimer:** diagnóstico inequívoco llevado a cabo por un neurólogo especialista como consecuencia de una adecuada investigación, realización de pruebas y valoración de los síntomas clínicos.
- **Otras demencias:** una pérdida significativa de funciones cerebrales confirmada por un especialista en neurología. Ha de darse un deterioro o pérdida manifiesta de la capacidad intelectual evaluada por evidencia clínica y pruebas estandarizadas y una necesidad de supervisión continua y/o cuidados intensivos. La demencia cuya causa directa deriva del abuso de drogas o alcohol está excluida.
- **Encefalitis:** una inflamación severa de substancia cerebral que da lugar a importantes y permanentes secuelas neurológicas certificadas por un especialista en neurología.
- **Pérdida del habla:** la completa e irrecuperable pérdida de la aptitud del habla como resultado de una lesión o una enfermedad diagnosticadas y cuya calificación ha de confirmarse después de un período continuo de doce meses.

Artículo 3. RIESGOS EXCLUIDOS**3.1 Cobertura Principal**

- a) No causará derecho a indemnización el fallecimiento del asegurado producido por suicidio.**
- a) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra y derivados de hechos de carácter político o social. También se excluyen las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.**
Los hechos de carácter político o social son aquellos acontecimientos imprevisibles o inevitables a corto y/o medio plazo, tales como, los alzamientos colectivos violentos, las epidemias y pandemias y las provocadas por situaciones de elevada polución y/o contaminación atmosférica.
- b) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.**
- c) Los riesgos que estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros**

3.2 En las prestaciones relativas a los **seguros complementarios**, se excluyen de las coberturas de los riesgos que se deriven de:

- a) Los provocados por la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas, los derivados de actos dolosos o notoriamente peligrosos, o derivados de hechos de carácter político o social, actos de autolesión, así como consecuencias de actos suicidas, enajenación mental o estando bajo los efectos del alcohol, drogas, estupefacientes o fármacos. Los hechos de carácter político o social son aquellos acontecimientos imprevisibles o inevitables a corto y/o medio plazo, tales como, los alzamientos colectivos violentos, las epidemias y pandemias y las provocadas por situaciones de elevada polución y/o contaminación atmosférica.
- b) Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, o las agravaciones de las mismas.
- c) Los acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente o bien no se haya suscrito el seguro obligatorio de dicho vehículo.
- d) La práctica profesional de cualquier deporte y la práctica como aficionado de deportes de riesgo (tales como motociclismo, automovilismo, submarinismo, alpinismo y otros deportes cuyos riesgos puedan considerarse como similares), así como la participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.
- e) Las enfermedades psíquicas, la fibromialgia, la enfermedad del SIDA y sus consecuencias.
- f) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra. También se excluyen las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
- g) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.
- h) Las enfermedades derivadas del consumo de alcohol, drogas o estupefacientes
- i) Los riesgos que estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Artículo 4. DURACIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro una vez firmada la póliza y satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

A cada vencimiento de la póliza, la Mutualidad, por los cauces legales previstos, podrá modificar los condicionados a los que está sujeta la póliza.

Las modificaciones serán vinculantes para ambas partes contratantes. En cada prórroga se revisará si las pólizas de seguro y sus condiciones generales y particulares están debidamente firmadas y, si no fuera así, la Mutualidad podrá exigir la firma del contrato. Si el tomador no firma la póliza, la Mutualidad podría anular la póliza y, en su caso, devolver la prima correspondiente.

Artículo 5. REQUISITOS DEL GRUPO ASEGURADO

5.1.- La edad mínima de entrada en el grupo asegurable es de catorce (14) años de edad.

La edad máxima de entrada, para la garantía de renta de incapacidad permanente absoluta, es de cincuenta y cinco (55) años de edad. Para el resto de garantías es de sesenta y cinco (65) años.

Las altas son originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de inscripción en un momento posterior al de la entrada en vigor de la relación de protección.

5.2.- Las Bajas tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- a) Pago del capital en caso de fallecimiento del asegurado
- b) Pago de una indemnización por incapacidad equivalente al cien por cien (100%) del capital pactado
- c) Cuando el asegurado cumpla los 70 años de edad (para el caso de la garantía principal de fallecimiento) y los 65 años de edad (para el caso de las coberturas complementarias).
- d) Salida del grupo asegurado por causa distinta de las anteriores.

En este último supuesto la Mutualidad devolverá al asociado, la parte de prima correspondiente al período de riesgo no transcurrido.

Artículo 6. DE LA PRIMA DEL SEGURO**Pago de la prima**

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si por culpa del tomador o del asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Mutualidad tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en condición particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutualidad quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutualidad tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 7. CAPITAL ASEGURADOS

El capital en caso de siniestro será el estipulado en la póliza. En caso de solicitar reducciones o aumentos de capital, estos entrarán en vigor en el próximo vencimiento de prima o facturación o en la fecha que se estipule por las partes.

En caso de que en un mismo siniestro resulten afectados dos o más asegurados, el total de las indemnizaciones abonadas a todos los afectados no podrá superar en ningún caso la cantidad tres millones (3.000.000.-) de euros. En dicho supuesto, la citada cifra máxima se distribuirá proporcionalmente entre los asegurados y/o los beneficiarios.

En el caso de la renta de incapacidad permanente absoluta, el tomador podrá solicitar un aumento de la suma asegurada en cualquier momento, excepto cuando el asegurado padezca una incapacidad permanente o una situación de incapacidad temporal. Si la Mutualidad acepta el aumento, la prima se calculará en función de la tasa correspondiente a la edad del asegurado en el momento de la petición del aumento, y tomará efecto a la fecha de su aceptación por la Mutualidad.

Artículo 8. PAGO DE INDEMNIZACIONES

En caso de muerte del asegurado, se percibirá el capital que corresponda a la causa del fallecimiento, de manera que ningún siniestro tendrá amparo en dos o más coberturas.

En caso de haberse producido una invalidez amparada en la póliza, y posteriormente producirse la muerte, la cantidad a percibir por este siniestro se verá reducida por la anteriormente percibida por la invalidez.

A la solicitud de indemnización, se acompañarán los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

1.- Garantías de muerte, muerte por accidente y muerte por accidente de circulación:

- a) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento, así como en su caso autopsia, informe de atestados, etc.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario (D.N.I., etc.).

- d) Certificado Oficial de Ultimas Voluntades y último testamento, o en su defecto declaración ab intestato de herederos, con el fin de acreditar la condición de beneficiario.
- e) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

2.- Garantía por Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados:

- a) Certificado médico de la Seguridad Social en el que se determine la fecha de acaecimiento de la enfermedad o del accidente, y se evidencie el tipo de incapacidad resultante.
- b) Resolución del I.N.S.S. en la que se declare la situación de Incapacidad y el grado de la misma; así como dictamen/propuesta del organismo público competente, y, en su caso, sentencia judicial firme.

3.- Garantía por enfermedad grave:

- a) Notificación por escrito a la Mutualidad indicando el diagnóstico del asegurado, en el plazo máximo de tres meses desde la fecha del diagnóstico.
- b) Certificado médico que acredite la existencia de una enfermedad grave cubierta por esta póliza, en el que se detallará el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

En cualquier caso, la Mutualidad se reserva la facultad de realizar, en cualquier momento, los controles y pruebas que juzgue necesarios con el fin de poder constatar la realidad del estado del asegurado y de la enfermedad declarada. Asimismo, el asegurado autoriza a su médico para que facilite al Inspector Médico de la Mutualidad todos los datos relativos a la gravedad y evolución de la enfermedad.

Artículo 9. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS. Resolución de la DGS de 28 de marzo de 2018. BOE 16 de Abril de 2018.

ANEXO II. B

Daños en las personas.

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

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

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

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

I. 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 incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radioactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se 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 las pólizas de seguro a efectos de la cobertura 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 Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que a entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

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

4. Abono de la indemnización:

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

III. 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 deberán 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, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

a) Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del receptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

Certificado de defunción.

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.

En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.

Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

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.

Artículo 10. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se registrará, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados por la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social

La Mutualidad ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutualidad y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 11. MULTIPLICIDAD DE CONTRATOS DE SEGURO

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador del seguro o el asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador los demás seguros que estipule. Si por dolo se omitiera esta comunicación, y en caso de sobreseguro se produjera el siniestro, los aseguradores no están obligados a pagar la indemnización.

Una vez producido el siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberá comunicarlo en el plazo de siete días conforme a lo previsto en el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro 50/80, a cada asegurador, con indicación del nombre de los demás.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de este límite el asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización debida, según el respectivo contrato. El asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda podrá repetir contra el resto de los aseguradores.

Si el importe total de las sumas aseguradas superase notablemente el valor del interés, será de aplicación lo previsto en el artículo 31.

Artículo 12. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Esta cláusula está incluida en el Anexo adjunto según la normativa vigente.

Artículo 13. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar la reclamación ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 14. DECLARACION , DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

14.1 Valoración del riesgo

El presente contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente Solicitud o en la Proposición que en su caso formule la Mutualidad, así como en el Cuestionario presentado por éste y cumplimentado por el tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Mutualidad y determinará los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la fecha efecto de la póliza. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza

Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte de la Mutualidad, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del Cuestionario que éste haya presentado.

El tomador del seguro o asegurado deberá declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación de la póliza, si ha tenido o tiene una póliza de seguros que cubra el mismo riesgo que ha contratado con la Mutualidad. En caso afirmativo, la Mutualidad podrá reducir el capital asegurado.

Si contrata una póliza que cubra el mismo riesgo con posterioridad a la emitida con la Mutualidad deberá comunicarlo a esta en el plazo de 1 mes desde su contratación.

Si se produce un siniestro y, de los datos aportados se averigua que el tomador del seguro ha faltado a la verdad, la Mutualidad quedará liberada de su prestación y procederá a la baja inmediata del contrato de seguro.

14.2 Agravación del riesgo.-

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Mutualidad antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el tomador del seguro. En este caso la Mutualidad podrá proponer al Tomador del seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El tomador del seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, la Mutualidad podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al tomador, concediendo al tomador del seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Mutualidad comunicar al Tomador del seguro la rescisión definitiva. La Mutualidad podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya declarado a la Mutualidad la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Mutualidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

14.3 Disminución del riesgo.

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Mutualidad en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el periodo en curso del seguro, la Mutualidad deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Mutualidad la disminución del riesgo.

Artículo 15. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutualidad, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima o cuota consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. En caso contrario, no podrá imputarse a la Mutualidad, el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el mutualista incurrir, por dicha causa, en el impago de primas o cuotas. No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

El presente título está basado en las declaraciones del Mutualista, en consecuencia:

Toda falsedad relativa al estado de salud de los asegurados, da derecho a la Mutualidad para poder rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde su conocimiento.

Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Mutualista podrá reclamar a la Mutualidad, 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 el título.

Con el fin de comprobar el adecuado cumplimiento de las condiciones anteriores, la Mutualidad se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 16. JURISDICCIÓN

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

Artículo 17. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de éste contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y al capital indemnizatorio o prestación asistencial, y el régimen fiscal aplicable.
- En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión a la póliza y durante la vigencia de la misma, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquellos.