

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.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un asegurado.

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.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

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

La Mutualidad se compromete al abono de una indemnización diaria en caso de enfermedad o accidente durante un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días, con los límites establecidos en los Anexos I y II del presente condicionado para determinadas enfermedades o accidentes, percibiéndose el total de la prestación de una sola vez, a la finalización del periodo de baja.

El importe de la indemnización diaria contratada puede ser diferente según la causa:

- enfermedad común o accidente no laboral
- accidente laboral o enfermedad profesional quedando establecido en la póliza la cuantía de la indemnización diaria para cada caso.

Accidente laboral

Se entenderá como accidente de trabajo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación del régimen especial de trabajadores autónomos.

No tendrán la consideración de accidente de trabajo los que sufra el trabajador al ir o volver del trabajo ("in itinere"), ni los producidos por dolo o imprudencia temeraria del trabajador.

Accidente no laboral

Se entenderá como accidente no laboral el que, conforme a la definición anterior, no tenga el carácter de accidente de trabajo.

Enfermedad profesional

Se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia en virtud del cual el trabajador está incluido en el régimen especial de trabajadores autónomos, y contemplada en el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social.

Enfermedad común

Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la consideración de accidentes, laborales o no, ni de enfermedades profesionales.

Artículo 3. 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 periodo 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 4. PERSONAS ASEGURABLES

No serán admitidas en este condicionado solicitudes de personas de más de sesenta (60) años de edad.

La edad máxima de los asegurados será de sesenta y cinco (65) años, procediéndose a cursar la baja de la póliza al alcanzar dicha edad.

Es necesario que el asegurado se halle sujeto al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

Artículo 5. LIMITES A LA COBERTURA

El asegurado que hubiese dado lugar a la percepción de indemnización de enfermedad o accidente por período inferior a trescientos sesenta y cinco (365) días y enfermara o se accidentara de nuevo dentro del plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día de la fecha del alta, sólo tendrá derecho a complementarlos hasta el referido máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Si se trata de recidiva o continuidad de una misma enfermedad o accidente, la computación de días a efectos del máximo trescientos sesenta y cinco (365) días se hará con independencia del tiempo transcurrido desde el alta.

Si el asegurado hubiese percibido el pago por una de las patologías detallada en el anexo I, la Mutualidad no se hará cargo de las sucesivas bajas motivadas por la misma enfermedad o accidente, si no han transcurrido más de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día de la fecha del alta médica

Si durante la percepción de la indemnización, sea cual fuere ésta, el asegurado contrajese una enfermedad o sufriera accidente distinto, continuará devengándose la misma indemnización, haciéndose constar el cambio de diagnóstico.

Cuando la Mutualidad haya abonado el total de la indemnización por enfermedad o accidente por haber finalizado el plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días, no se hará cargo de las sucesivas bajas motivadas por la misma enfermedad o accidente, ni de los cambios de diagnóstico que se produzcan dentro de una misma situación de baja laboral.

Artículo 6. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para poder percibir indemnización por enfermedad o accidente se requiere:

- 1.- Estar al corriente de pago de primas.
- 2.- Hallarse afecto de una dolencia o proceso patológico, médico o quirúrgico derivado de enfermedad o accidente, no calificado como invalidez, que impida toda clase de trabajo.
- 3.- Notificar la enfermedad o accidente a la Mutualidad mediante parte de baja laboral extendido por la seguridad social. Si el asegurado se encuentra incluido en un sistema alternativo a la seguridad social o en el régimen de trabajadores autónomos sin cobertura de incapacidad temporal, deberá aportar parte de baja expedido por facultativo en el que se hará constar con claridad el nombre y apellidos, la dolencia que le aqueja y el domicilio o lugar donde se encuentra atendido, que deberá ser entregado en las oficinas de la Mutualidad con la mayor urgencia posible.
- 4.- Las indemnizaciones correspondientes se devengarán a partir del día siguiente de iniciarse el siniestro, siempre que éste se comunique a la Mutualidad dentro del plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, tal como previene el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro. **De recibirse la Declaración del Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar las indemnizaciones desde la fecha en que la Mutualidad haya recibido la citada documentación.**
- 5.- No hallarse en situación de desempleo o sin ejercer la actividad profesional u ocupación declarada en la póliza (en casos en que no haya desempleo).

Los mencionados partes de baja y alta deberán ser comunicados en las Oficinas centrales de la Mutualidad; no surtiendo efecto alguno la presentación de los mismos ante cualquier persona colaboradora de la Entidad.

El asegurado que venga percibiendo indemnización está obligado a comunicar en debida forma a la Mutualidad las variaciones de diagnóstico y tratamiento que experimente su enfermedad o accidente.

Artículo 7. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones se denegarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando el enfermo siga un tratamiento prescrito por una persona no autorizada para el ejercicio de la medicina, o bien cuando la afección sea de índole imprecisa, sin síntomas objetivos de enfermedad, o tenga como manifestación única el dolor sin confirmación de causas etiológicas mediante pruebas diagnósticas.**
- 2) Cuando el enfermo no facilite las inspecciones médicas que considere oportunas la Mutualidad o no aporte los certificados médicos solicitados por la misma, así como los correspondientes partes de confirmación.**

- 3) Cuando la enfermedad o accidente se produzcan como consecuencia del uso o estando bajo los efectos de tóxicos, drogas, alcohol, o por actos voluntarios -por acción u omisión- o de imprudencia temeraria, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas
- 4) Cuando la enfermedad derive del S.I.D.A. y/o enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH),
- 5) Cuando, aún estando en situación de baja, el enfermo o accidentado ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.
- 6) Cuando el asegurado se halle en situación de desempleo o no ejerciendo la profesión u ocupación declarada en la póliza.
- 7) Cuando la enfermedad o accidente sea consecuencia de la participación del asegurado en actos delictivos, duelos o riñas, guerra u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, así como las lesiones que el asegurado se autoinflinja o los intentos de suicidio.
Los hechos de carácter político o social son aquellos acontecimientos imprevisibles o inevitables a corto y/o medio plazo, tales como, las manifestaciones tumultuarias, los alzamientos colectivos violentos, las epidemias y pandemias y las provocadas por situaciones de elevada polución y/o contaminación atmosférica.
- 8) Cuando la situación de baja sea consecuencia de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación o en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud.
- 9) Cuando la enfermedad o accidente resulte de la práctica profesional o federativa de cualquier deporte o de la práctica como aficionado o profesional de las siguientes actividades de alto riesgo: el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, el alpinismo, la escalada, el esquí, el motociclismo, el automovilismo, el submarinismo, las carreras de vehículo a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puénting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
- 10) Cuando la situación de baja sea consecuencia de embarazo, parto, aborto, fertilizaciones "in vitro", inseminación artificial, pruebas de diagnóstico de fertilidad, tratamiento de la esterilidad y tratamientos esterilizantes, así como la cirugía estética o plástica que no sean reparadoras
- 11) Cuando los partes de baja y alta sean entregados a la Mutualidad en el mismo momento, es decir, una vez finalizada la situación de baja.
- 12) Cuando, en el momento en que se produce la enfermedad o accidente, el asegurado no se halle totalmente al corriente de cuotas. El hecho de ponerse al corriente de pago de cuotas con posterioridad a la denegación de la indemnización por esta causa, no dará derecho al cobro del mismo.
- 13) Cuando la situación de baja sea motivada por apnea del sueño, fibromialgia, estado de fatiga crónica y cuadros similares, enfermedades tropicales, corrección quirúrgica de la refracción ocular y/o enfermedades neurológicas que no estén comprobadas mediante pruebas diagnósticas, así como depresiones u otras enfermedades de naturaleza psiquiátricas y/o psicológicas de cualquier tipo incluido el estrés.
- 14) Cuando el enfermo o accidentado realice actividades físicas o deportivas que puedan interferir en su recuperación o que sean incompatibles, o no recomendables, con el diagnóstico médico que motiva la baja.

Artículo 8. FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE PERCEPCIÓN

Las indemnizaciones finalizarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutualidad.
- 2) Cuando la patología se mantenga porque el asegurado no se someta a intervención quirúrgica o porque no siga el tratamiento prescrito por el médico responsable de su tratamiento.
- 3) En el supuesto de hallarse ausente el asegurado en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutualidad, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el asegurado de un plazo de 24 horas, salvo causa justificada, para informar a la Mutualidad sobre su situación, en orden al seguimiento de su siniestro. En caso de no recibir noticias suyas en el plazo previsto, se presumirá la finalización de su baja laboral, poniéndose fin al devengo la indemnización que venía percibiendo.

Artículo 9. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

El abono de la indemnización quedará en suspenso cuando el sujeto protegido se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. tal como se indica en el Anexo II de este condicionado.

En los casos en que se compruebe la existencia de circunstancias que determinen el incumplimiento o infracción de la presente disposición y de sus concordantes, la Mutualidad señalará la fecha en que debió o deberá finalizar el abono de la indemnización, pudiendo llegar a la anulación total en caso de advertir notoria mala fe.

Artículo 10. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se regirá, 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 par 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. JURISDICCIÓN

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

Artículo 15. 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 Mutuality 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 Mutuality 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 Mutuality 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 Mutuality, 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 Mutuality una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutuality las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutuality, 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. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. 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 Mutuality 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 16. DECLARACION, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

16.1 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 Mutuality, 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 Mutuality 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 Mutuality, 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 Mutuality. En caso afirmativo, la Mutuality 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.

16.2 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 dichas propuestas; 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.

16.3 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 período 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 17. 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 18. 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 este 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.

ANEXO I**LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES**

En caso de que la enfermedad o accidente fuese producida por una de las patologías previstas en el presente Anexo, las indemnizaciones se limitarán a los períodos indicados a continuación:

- Algias columna vertebral:	30 días.
- Abscesos (desbridamiento):	15 días.
- Absceso sacrococcigeo (intervención):	45 días.
- Apendicectomía:	30 días.
- Artritis y/o artrosis:	45 días.
- Biopsias cutáneas:	7 días.
- Bronquitis:	10 días.
- Catarro, gripe y similares:	7 días.
- Cólicos de cualquier tipo sin ingreso:	10 días.
- Ciatalgias:	30 días.
- Contracturas:	20 días.
- Contusiones:	10 días.
- Corrección Quirúrgica de la miopía y/o astigmatismo:	15 días.
- Capsulitis:	20 días.
- Erosiones corneales:	7 días.
- Derrames - Hemartrosis articulares:	30 días.
- Esguinces (sin intervención quirúrgica):	30 días.
- Exéresis de tumores benignos en la piel:	7 días.
- Fisura de falange:	30 días.
- Fisura costal:	30 días.
- Fisura metacarpiano:	30 días.
- Fisura metatarsiano:	30 días.
- Fisura peroné:	30 días.
- Gonalgias:	20 días.
- Hematomas:	15 días.
- Hernia Discal (sin intervención quirúrgica):	30 días.
- Herniorrafía abdominal:	30 días.
- Hernias abdominales (sin intervención quirúrgica):	10 días.
- Inflamaciones sin diagnóstico etiológico:	15 días.
- Meniscopatía sin intervención quirúrgica:	20 días.
- Neuritis:	20 días.
- Avulsión ungueal:	15 días.
- Reacción alérgica sin ingreso:	10 días.
- S. Febril sin diagnóstico etiológico:	10 días.
- Síndromes gotosos (sin ingreso):	20 días.
- S. Ulceroso (sin ingreso)	20 días.
- Vértigo sin origen etiológico	7 días.
- Tendinitis:	20 días.
- Sin tener un diagnóstico etiológico concreto:	15 días.

ANEXO II

LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE LISTA DE ESPERA

Las limitaciones en situaciones de lista de espera se aplicarán cuando la patología no esté limitada en el Anexo I.

Si el asegurado se halla en situación de lista de espera para intervención quirúrgica, tratamientos o pruebas diagnósticas, se aplicarán las siguientes limitaciones desde la fecha de inclusión en la mencionada lista de espera:

- Por lista de espera para intervención quirúrgica y/o tratamientos: 30 días.
- Por lista de espera para pruebas diagnósticas: 15 días.

En estos supuestos, el siniestro se cerrará con el abono del período mencionado, devengándose nuevamente el subsidio a partir de la fecha de la intervención quirúrgica, el tratamiento o la prueba diagnóstica realizada; no siendo indemnizable el período comprendido entre la finalización del límite por lista de espera y la fecha de la mencionada intervención, tratamiento o prueba diagnóstica.