

**Article 1. DEFINICIONS****Mutualitat**

PREVISORA GENERAL, Mutualitat de Previsió Social a Prima Fixa, CIF V-58782145, amb domicili social a Barcelona, al carrer Balmes, 28 i titular del domini d'Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualitat està inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al Foli 39, Volum 24.055, Full B-63.429, i la seva activitat està sotmesa al control administratiu de l'autoritat governativa competent d'acord amb la legislació vigent.

La Mutualitat és l'entitat asseguradora que assumeix les cobertures del risc objectiu d'aquest condicionat i garanteix el pagament de la indemnització corresponent.

**Acte mèdic**

Tota assistència sanitària realitzada per un professional de la medicina, prova mèdica diagnòstic o terapèutica, i/o tractament mèdic encaminat a la recuperació de l'estat de salut d'un assegurat.

**Accident**

Qualsevol esdeveniment ocorregut durant la vigència d'aquesta pòlissa derivat d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'assegurat, que produeixi invalidesa temporal o permanent o la mort.

**Assegurat**

Cada una de les persones físiques sobre les quals s'estipula la cobertura dels riscos objectiu d'aquesta pòlissa.

**Associat**

És el prenedor de la pòlissa, persona física o jurídica que subscriu la pòlissa i forma part de la Mutualitat.

**Carència**

Període de temps computat des de la data d'efecte de la pòlissa per a cada assegurat, durant el qual no són efectives determinades cobertures per a aquest assegurat.

**Malaltia**

Qualsevol alteració de la salut de l'assegurat que no hagi estat causada per accident, que sigui diagnosticada per un metge i que faci necessari un tractament mèdic o quirúrgic.

**Malaltia congènita**

Qualsevol malaltia amb la qual neix l'assegurat perquè s'ha contret a l'úter matern o perquè té un origen genètic. Una afecció congènita es pot manifestar i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé ser descoberta més tard, en qualsevol període de la vida de l'assegurat.

**Malaltia preexistent**

Qualsevol malaltia de l'assegurat anterior a la contractació d'aquesta assegurança, diagnosticada per un metge o no.

**Data d'efecte**

És la data en què entra en vigor la cobertura pactada per a cadascun dels assegurats. En cap cas la cobertura entra en vigor anteriorment al moment en què el prenedor hagi satisfet la primera prima corresponent a l'esmentat assegurat.

Llevat que hi hagi un pacte exprés en contra, la cobertura entra en vigor a les zero hores de la data d'efecte i acaba en el moment en què es produeix el sinistre o a les zero hores de la data de venciment.

**Pòlissa**

És el contracte d'assegurança en el qual es regulen els drets i deures de les parts intervinents. La componen aquestes condicions generals, que contenen el conjunt de les condicions reguladores de l'assegurança, i les condicions particulars, en les quals s'individualitzen les cobertures per a cada prenedor i assegurat, així com els suplementos o apèndixs que s'emetin per complementar-la o modificar-la.

**Prima**

És el preu de la cobertura l'import de la qual, juntament amb els impostos, taxes o recàrrecs que corresponguin, ha de satisfer el prenedor o l'assegurat segons les condicions que s'estableixen en aquesta pòlissa.

**Sinistre**

Qualsevol fet les conseqüències del qual estan garantides per alguna de les modalitats objecte de la relació de protecció.

**Prenedor**

És la persona física o jurídica que contracta la cobertura del risc objecte d'aquesta pòlissa per a l'assegurat. El prenedor la pot contractar per compte propi o per compte d'altri, si bé en cas de dubte preval la presumpció que l'ha contractat per compte propi. Si el prenedor de l'assegurança i l'assegurat són persones diferents, les obligacions i els deures que deriven del contracte corresponen al prenedor.

**Article 2. COBERTURA**

La Mutuallitat es compromet a abonar una indemnització diària en cas de malaltia o accident durant un màxim de tres-cents seixanta-cinc (365) dies, amb els límits establerts als annexos I i II d'aquest condicionat per a determinades malalties o accidents, i es rep el total de la prestació de cop quan acaba el període de baixa.

L'import de la indemnització diària contractada pot ser diferent segons la causa:

- malaltia comuna o accident no laboral
- accident laboral o malaltia professional

i s'estableix a la pòlissa la quantitat de la indemnització diària per a cada cas.

**Accident laboral**

S'entén com un accident laboral el que succeeix com a conseqüència directa i immediata de la feina que es fa per compte propi i que determina la inclusió al camp d'aplicació del règim especial de treballadors autònoms.

No es consideren accidents laborals els que pateix el treballador mentre va o torna de la feina (*in itinere*), ni els que es produeixen per engany o imprudència temerària del treballador.

**Accident no laboral**

S'entén com a accident no laboral el que, conformement a la definició anterior, no té el caràcter d'accident laboral.

**Malaltia professional**

S'entén per malaltia professional la que es contrau a conseqüència de la feina realitzada per compte propi en virtut de la qual el treballador és inclòs al règim especial de treballadors autònoms, i contemplada al quadre de malaltia professional del sistema de la Seguretat Social.

**Malaltia comuna**

Es considera que són malalties comunes les alteracions de la salut que no tenen la consideració d'accidents, laborals o no, ni de malalties professionals.

**Article 3. DURADA**

El contracte entra en vigor en la data i hora assenyalades en el contracte d'assegurança un cop signada la pòlissa i satisfet a l'assegurador el pagament del primer rebut de la prima.

La cobertura pactada tindrà una durada d'un any, entenent-se prorrogada per períodes anuals, llevat que alguna de les parts notifiqui per escrit a l'altra part, l'oposició a la pròrroga del contracte amb un mes d'antelació a la finalització del període de l'assegurança quan qui s'oposi a la pròrroga sigui el prenedor, i de dos mesos quan sigui l'assegurador.

A cada venciment de la pòlissa, la Mutuallitat, per les vies legals previstes, pot modificar els condicionats a què està subjecta la pòlissa.

Les modificacions seran vinculants per a ambdues parts contractants. A cada pròrroga es revisarà si les pòlisses d'assegurança i les seves condicions generals i particulars estan degudament signades i, si no fos així, la Mutuallitat podrà exigir la signatura del contracte. Si el prenedor no signa la pòlissa, la Mutuallitat podria anul·lar la pòlissa i, si escau, tornar la prima corresponent.

**Article 4. PERSONES ASSEGURABLES**

No s'admeten en aquest condicionat sol·licituds de persones de més de seixanta (60) anys.

L'edat màxima dels assegurats és de seixanta-cinc (65) anys, i es tramitarà la baixa de la pòlissa quan s'arribi a aquesta edat.

Cal que l'assegurat estigui subjecte al règim especial de la Seguretat Social dels treballadors per compte propi o autònoms.

### **Article 5. LÍMITS A LA COBERTURA**

L'assegurat que hagi donat lloc a la percepció d'indemnització de malaltia o accident per un període inferior a tres-cents seixanta-cinc (365) dies i emmalaltís o tingués un accident altra vegada dins del termini de cent vuitanta (180) dies, comptats a partir de la data d'alta, només té dret a complementar-los fins a l'esmentat màxim de tres-cents seixanta-cinc (365) dies.

Si es tracta de reincidència o continuïtat d'una mateixa malaltia o accident, la computació de dies a l'efecte del màxim de tres-cents seixanta-cinc (365) es fa independentment del temps que hagi transcorregut des de l'alta.

Si l'assegurat percep el pagament per una de les patologies detallades a l'annex 1, la Mutualitat no es farà càrrec de les successives baixes derivades de la mateixa enfermetat o accident, si no han transcorregut més de cent vuitanta (180) dies, comptadors a partir de la data d'alta mèdica.

Si durant la percepció de la indemnització, sigui quina sigui, l'assegurat contrau una malaltia o pateix un accident diferent, es continua meritant la mateixa indemnització i es fa constar en canvi de diagnòstic.

Quan la Mutualitat hagi abonat el total de la indemnització per malaltia o accident perquè ha acabat el termini de tres-cents seixanta-cinc (365) dies, no es fa càrrec de les successives baixes motivades per la mateixa malaltia o accident, ni dels canvis de diagnòstic que es puguin produir dins d'una mateixa situació de baixa laboral.

### **Article 6. PAGAMENT D'INDEMNITZACIÓ**

Per poder percebre una indemnització per malaltia o accident cal:

1. Estar al corrent del pagament de primes.
2. Tenir una dolència o patir un procés patològic, mèdic o quirúrgic derivat de malaltia o accident, no qualificat com a invalidesa, que impedeixi realitzar qualsevol mena de feina.
3. Notificar la malaltia o l'accident a la Mutualitat mitjançant un comunicat de baixa laboral estès per la Seguretat Social. Si l'assegurat està inclòs en un sistema alternatiu del de la Seguretat Social o en el règim de treballadors autònoms sense cobertura d'incapacitat temporal, cal aportar el comunicat de baixa emès per un facultatiu en el qual s'hi ha de fer constar amb claredat el nom i els cognoms, el mal que pateix i el domicili o lloc on l'atenen, i ha de ser lliurat a les oficines de la Mutualitat al més aviat possible.
4. Les indemnitzacions corresponents es meriten a partir de l'endemà d'iniciar-se el sinistre, sempre que aquest es comuniqui a la Mutualitat dins el termini màxim de 7 dies des de l'ocurrència del sinistre, tal com preveu l'article 16 de la Llei del contracte d'assegurança. **De rebre la Declaració del sinistre transcorregut aquest termini màxim, l'assegurat començarà a meritir les indemnitzacions des de la data en què la Mutualitat hagi rebut l'esmentada documentació.**
5. No estar a l'atur o sense exercir activitat professional que ha declarat en la pòlissa (en els supòsits que no estigui a l'atur).

Els esmentats comunicats de baixa i alta s'han de comunicar a les oficines centrals de la Mutualitat; no tenen cap efecte la presentació d'aquests documents davant de qualsevol persona col·laboradora de l'entitat.

L'assegurat que estigui rebent una indemnització, està obligat a comunicar degudament a la Mutualitat les variacions de diagnòstic i de tractament que experimenti la malaltia o accident.

### **Article 7. EXCLUSIONS**

Les indemnitzacions es deneguen en les següents circumstàncies:

- 1) Quan el malalt segueixi un tractament prescrit per una persona no autoritzada per a l'exercici de la medicina, o bé quan l'afecció sigui de caràcter imprecís, sense símptomes objectius de malaltia, o tingui com a única manifestació el dolor sense confirmació de causes etiològiques mitjançant proves diagnòstiques.
- 2) Quan el malalt no faciliti les inspeccions mèdiques que la Mutualitat consideri oportunes o no porti els certificats mèdics que aquesta sol·liciti, així com els corresponents comunicats de confirmació.
- 3) Quan la malaltia o accident es produeixi com a conseqüència de l'ús o estant sota els efectes de tòxics, drogues, alcohol o per actes voluntaris -per acció o omissió- o d'imprudència temerària, actes d'autolesió, així com les conseqüències d'actes suïcides.
- 4) Quan la malaltia sigui derivada de la SIDA i/o malalties causades pel virus de la immunodeficiència adquirida (VIH).

- 5) Quan el malalt o accidentat exerceixi una activitat que li proporcioni ingressos econòmics tot i estant de baixa o bé quan la Junta Directiva, previ informe mèdic, consideri que la pot exercir.
- 6) Quan l'assegurat estigui a l'atur o no estigui exercint la professió declarada en la pòlissa.
- 7) Quan la malaltia o accident sigui conseqüència de la participació de l'assegurat en actes delictius, duels o baralles, guerra o operacions de caràcter similar o derivades de fets de caràcter polític o social, tremolors erupcions volcàniques, inundació i altres fenòmens sísmics o meteorològics, reacció o radiació nuclear o contaminació radioactiva, així com les lesions que l'assegurat s'autoinfligeixi o els intents de suïcidi.  
Els fet de caràcter polític o social són aquells esdeveniments imprevisibles a curt i/o mig termini, com ara, les manifestacions tumultuàries, els alçaments col·lectius violents, les epidèmies i pandèmies i les provocades per situacions d'elevada pol·lució i/o contaminació atmosfèrica.
- 8) Quan la situació de baixa sigui conseqüència d'una malaltia o d'un accident originats anteriorment a l'entrada en vigor d'aquesta prestació o en cas de reserva o inexactitud en el moment d'emplenar el qüestionari de salut.
- 9) Quan la malaltia o accident resulti de la pràctica professional o federativa de qualsevol esport o de la pràctica com a aficionat o professional de les següents activitats d'alt risc: el toreig i els correbous, de la pràctica d'esports perillosos, tals com el busseig, el bosleigh, la boxa, l'escalada, l'alpinisme, l'esquí, el motociclisme, l'automobilisme, el submarinisme, les carreres de vehicles a motor, el rugbi, quad, espeleologia, parapent, activitats aèries no autoritzades pel transport públic de viatgers, activitats de navegació en aigües braves i qualsevol altre circumstàncies de risc, puenting, barranquisme, inclosos els entrenaments i qualsevol altra pràctica manifestament perillosa,
- 10) Quan la situació de baixa sigui conseqüència d'embaràs, part, avortament, fertilització in vitro, inseminació artificial, proves de diagnòstic de fertilitat, tractament de l'esterilitat i tractaments esterilitzants, així com la cirurgia estètica o la cirurgia plàstica que no siguin reparadores.
- 11) Quan els comunicats de baixa i alta es lliurin a la Mutualitat en el mateix moment, és a dir, un cop acabada la situació de baixa.
- 12) Quan, en el moment en què es produeixi la malaltia o l'accident, l'assegurat no es trobi totalment al corrent de les quotes. El fet de posar-se al corrent del pagament de quotes posteriorment a la denegació de la indemnització per aquesta causa, no dóna dret a cobrar-les.
- 13) Quan la situació de baixa sigui motivada per apnea del son, fibromiàlgia, malalties tropicals, correcció quirúrgica de la refracció ocular i/o malalties neurològiques que no estiguin comprovades mitjançant proves diagnòstiques, així com depressions o altres malalties de naturalesa psiquiàtrica i/o psicològiques de qualsevol tipus, inclòs l'estrès.
- 14) Quan el malalt o accidentat realitzi activitats físiques o esportives que puguin perjudicar la seva recuperació o que siguin incompatibles o no recomanables, amb el diagnòstic que ha motivat la baixa.

#### **Article 8. ACABAMENT DEL PERÍODE DE PERCEPCIÓ**

Les indemnitzacions finalitzen en les següents circumstàncies:

- 1) Quan sigui donat d'alta pel el facultatiu responsable del seu tractament o pel metge inspector de la Mutualitat.
- B.2) Quan la patologia es mantingui perquè l'assegurat no se sotmet a intervenció quirúrgica o perquè no segueix el tractament prescrit pel metge responsable del seu tractament.
- 3) En el supòsit que en el moment que el metge inspector de la Mutualitat vagi al domicili de l'assegurat i aquest no hi sigui, el metge deixa notificació de la seva visita, i l'assegurat disposa d'un termini de 24 hores, llevat que tingui una causa justificada, per informar la Mutualitat sobre la seva situació, amb vista al seguiment del seu sinistre. En cas que no es rebin notícies seves en el termini previst, s'assumeix l'acabament de la seva baixa laboral i es posa fi a la meritació de la indemnització que fins a aquell moment s'estava percebent.

#### **Article 9. SUSPENSIÓ DE LA INDEMNITZACIÓ**

L'abonament de la indemnització queda en suspens quan el subjecte protegit es trobi en una llista d'espera per a una intervenció, proves, tractament, etc. tal com s'indica a l'annex II d'aquest condicionat.

En els casos en què es comprovi l'existència de circumstàncies que determinin l'incompliment o la infracció d'aquesta disposició i de les concordants, la Mutualitat assenyala la data en què hagués hagut d'acabar l'abonament de la indemnització, i la pot arribar a anul·lar totalment si hi troba notòria mala fe.

**Article 10. NORMATIVA APLICABLE**

Aquest contracte es regeix, en general, per les normes de tota mena vigents en cada moment, d'àmbit comunitari, estatal o autonòmic.

En particular, seran d'aplicació la Llei 50/1980 de contracte d'assegurança, la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores, el Reial Decret 1060/2015 de 20 de novembre, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, el Reial Decret Legislatiu 6/2004 que aprova Llei d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, el Reial Decret 2486/1998 que aprova el Reglament d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, el Reial Decret 1430/2002 que aprova el Reglament Mutualitats de Previsió Social, el Reial Decret 303/2004 que aprova el Reglament dels comissionats per la defensa del client de serveis financers i l'Ordre ECO 734/2004 Departament i Serveis d'Atenció i Defensor del Client i per la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i el Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre de desenvolupament de la Llei Orgànica de Protecció de Dades.

Quant al règim fiscal, és aplicable el Reial decret legislatiu 3/2004 que aprova la Llei de l'impost sobre la renda de les persones físiques i el Reial decret 1775/2004 que aprova el seu Reglament, així com, si és el cas, la Llei 29/1987 de l'impost sobre successions i donacions, o les normes tributàries que les modifiquin o que puguin substituir-les.

Aquest condicionat conté les condicions aplicables a la relació de protecció entre la Mutualitat i l'associat/prenedor, l'assegurat i, si és el cas, el beneficiari. Aquestes normes s'han d'interpretar i aplicar d'acord amb les disposicions legals i reglamentàries de l'activitat de previsió social.

La Mutualitat ha celebrat el contracte i elaborat la pòlissa d'acord amb la Sol·licitud del prenedor de l'assegurança i en base a les seves respostes al Qüestionari previ corresponent, així com en base a les declaracions que sobre el seu estat de salut formuli l'assegurat al qüestionari o reconeixement mèdic oportú, úniques dades conegudes per la Mutualitat i d'aquí la importància d'una exacta i correcta declaració.

**Article 11. MULTIPLICITAT DE CONTRACTES D'ASSEGURANCES**

Quan en dos o més contractes estipulats pel mateix prenedor amb diferents asseguradors es cobreixin els efectes que un mateix risc pot produir sobre el mateix interès i durant el mateix període de temps el prenedor de l'assegurança o l'assegurat han de, llevat de pacte en contra, comunicar a cada assegurador les altres assegurances que estipuli. Si per dol s'omet aquesta comunicació, i en cas de sobreassegurança es produeix el sinistre, els asseguradors no estan obligats a pagar la indemnització.

Un cop produït el sinistre, el prenedor de l'assegurança o l'assegurat ha de comunicar-ho en el termini de set dies d'acord amb el que preveu l'article 16 de la Llei del contracte d'assegurança 50/80, a cada assegurador, amb indicació del nom dels altres.

Els asseguradors contribuiran a l'abonament de la indemnització en proporció a la pròpia suma assegurada, sense que es pugui superar la quantia del dany. Dins d'aquest límit l'assegurat pot demanar a cada assegurador la indemnització deguda, segons el respectiu contracte. L'assegurador que ha pagat una quantitat superior a la que proporcionalment li correspon pot repetir contra la resta dels asseguradors.

Si l'import total de les sumes assegurades supera notablement el valor de l'interès, és aplicable el que preveu l'article 31.

**Article 12. TRACTAMENT DE DADES PERSONALS**

Aquesta clàusula s'incorpora a l'Annex adjunt segons la normativa vigent.

**Article 13. PROTECCIÓ DE L'ASSEGURAT**

L'assegurat, en cas de disconformitat amb la Mutualitat, o amb algun agent d'aquesta, pot exposar les seves queixes o reclamacions, com escaigui, davant del Servei d'Atenció al Client o del Defensor del Client, els quals han d'emetre la resolució corresponent a la queixa o reclamació plantejada en un termini màxim de dos mesos des que s'ha presentat.

A aquest efecte, la Mutualitat té a totes les seves oficines obertes al públic, i a la seva pàgina web, el reglament de funcionament d'aquests serveis i l'adreça postal i electrònica de contacte.

Si ha estat denegada l'admissió de la queixa o reclamació o si ha estat desestimada la petició, totalment o parcialment, o si ha transcorregut el termini de dos mesos des de la data de presentació sense que hagi estat resolta, l'interessat pot presentar la reclamació davant de l'Administració supervisora de la Mutualitat.

**Article 14. JURISDICCIO**

És jutge competent per al coneixement de les accions derivades del contracte d'assegurança el del domicili de l'assegurat.

## **Article 15. DE LA PRIMA DE L'ASSEGURANÇA**

### **Pagament de la prima**

El Prenedor de l'assegurança o l'assegurat, si s'escau, està obligat al pagament de la primera prima o de la prima única en el moment de la perfecció del contracte. Les primes successives s'han de fer efectives en els seus corresponents venciments.

**Si per culpa del prenedor o de l'assegurat, si escau, la primera prima no ha estat pagada, o la prima única no ho ha estat al seu venciment, el Mutualitat té dret a resoldre el contracte o a exigir el pagament de la prima deguda en via executiva amb base a la pòlissa. En tot cas, i llevat de pacte en contra en condició particular, si la prima no ha estat pagada abans que es produeixi el sinistre, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva obligació.**

En cas de manca de pagament d'una de les primes següents a la primera, o l'impagament de qualsevol dels fraccionaments de la mateixa, la cobertura quedarà suspesa a partir del transcurs d'un mes després del dia del seu venciment. Si la Mutualitat no reclama el pagament dins dels sis mesos següents al venciment de la prima, s'entendrà que el contracte queda extingit ex lege.

Si la pòlissa s'anul·lés per causes alienes a la Mutualitat, abans d'acabar qualsevol anualitat d'assegurança, el prenedor de l'assegurança o l'Assegurat haurà de satisfer les fraccions de prima que faltin per completar l'import de la prima anual.

Podrà convenir el cobrament dels rebuts de prima mitjançant domiciliació bancària, en el suposat el prenedor de l'assegurança ha de lliurar a la Mutualitat una carta dirigida a l'establiment bancari donant l'ordre oportuna a aquest efecte, obligant-se a notificar a la Mutualitat les modificacions de la domiciliació. L'impagament derivat de l'incompliment d'aquesta obligació no perjudicarà la Mutualitat, i pel que fa a les seves conseqüències al que s'estableix per l'impagament de primes.

L'assegurador, d'acord amb les seves bases tècniques, pot actualitzar anualment la prima, en funció de criteris estadístics i financers, i estableix l'equivalència actuarial per fixar la prima. Aquesta actualització es fonamentarà en l'augment de la freqüència de les prestacions, la incorporació de noves cobertures o qualsevol altra paràmetre de conseqüències similars. En qualsevol cas, es tenen en compte els principis d'indivisió, invariabilitat, suficiència i equitat.

Amb independència de les esmentades actualitzacions, la prima o quota anual s'estableix en cada renovació tenint en compte l'edat assolida per l'assegurat, aplicant-se la tarifa de primes o quotes que la Mutualitat tingui en vigor en la data de cada renovació. El mutualista presta conformitat expressa a les variacions que, per aquest motiu, es produeixen en l'import de les primes o quotes.

El pagament dels tributs legalment repercutibles de qualsevol naturalesa, creats o per crear, que es meritin per raó d'aquesta assegurança o en relació amb la mateixa, seran satisfets pel prenedor o, si s'escau, per l'assegurat.

## **Article 16. DECLARACIÓ, DISMINUCIÓ I AGREUJAMENT DEL RISC**

### **16.1 Valoració del risc.**

El present contracte té com a base les declaracions formulades pel prenedor de l'assegurança en la corresponent Sol·licitud o en la Proposició que, si s'escau formuli la Mutualitat, així com en el Qüestionari presentat per aquest i emplenat pel prenedor de l'assegurança, la qual cosa motiva l'acceptació del risc per part de la Mutualitat i determinarà els drets i obligacions derivades del present contracte per a ambdues parts.

Si el contingut de la pòlissa difereix de la proposició o de la Sol·licitud d'assegurança, podrà esmenar aquesta divergència mitjançant reclamació per part del prenedor de l'assegurança, en el termini d'un mes a comptar de la data efecte de la pòlissa. Transcorregut aquest termini sense haver-se efectuat l'esmentada reclamació, s'estarà al que disposa la pòlissa.

Abans de la subscripció del contracte, s'han de declarar pel prenedor de l'assegurança totes les circumstàncies conegudes pel mateix que influeixin en la valoració del risc per part de la Mutualitat, contestant molt especialment i amb detall les preguntes del Qüestionari que aquest hagi presentat.

El prenedor de l'assegurança o assegurat ha de declarar en el qüestionari de salut previ a la contractació de la pòlissa, si ha tingut o té una pòlissa d'assegurances que cobreixi el mateix risc que ha contractat amb la Mutualitat. En cas afirmatiu, la Mutualitat pot reduir el capital assegurat.

Si contracta una pòlissa que cobreixi el mateix risc amb posterioritat a l'emesa amb la Mutualitat haurà de comunicar-ho a aquesta en el termini d'1 mes des de la seva contractació.

Si es produeix un sinistre i, de les dades aportades es descobreix que el beneficiari de l'assegurança ha faltat a la veritat, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva prestació i procedirà a la baixa immediata del contracte d'assegurança.



### **16.2 Agreujament del risc.**

Durant la vigència del Contracte, el prenedor de l'assegurança o l'assegurat haurà de declarar les circumstàncies que agreugin el risc i siguin de tal naturalesa que, si haguessin estat conegudes per la Mutualitat abans de la perfecció del contracte, no hagués acceptat la cobertura del risc o, en tot cas, ho hagués fet en condicions més oneroses per al prenedor de l'assegurança.

En aquest cas la Mutualitat pot proposar al prenedor de l'assegurança una modificació del contracte en un termini de dos mesos a comptar des de la declaració de l'agreujament per part d'aquest. El prenedor de l'assegurança té un termini de quinze dies per acceptar o rebutjar aquestes propostes; en cas de rebuig o de silenci per part del prenedor de l'assegurança, la Mutualitat podrà, transcorregut aquest termini, rescindir el contracte, prèvia advertència al prenedor, concedint al prenedor de l'assegurança un nou termini de quinze dies, transcorregut el qual i dins dels vuit dies següents la Mutualitat ha de comunicar al prenedor de l'assegurança la rescissió definitiva. La Mutualitat podrà igualment rescindir el contracte comunicant-ho per escrit al prenedor de l'assegurança en un mes a partir del dia que va tenir coneixement de l'agreujament del risc.

En el cas que el Prenedor de l'assegurança o l'assegurat no hagi declarat a la Mutualitat l'agreujament del risc, i sobrevingués un sinistre, la prestació de la Mutualitat es reduirà proporcionalment a la diferència entre la prima convinguda i la que s'hagués aplicat de conèixer la veritable entitat del risc. Si el prenedor de l'assegurança ha obrat de mala fe, la Mutualitat quedarà alliberada de la prestació corresponent.

### **16.3 Disminució del risc.**

Així mateix, el prenedor de l'assegurança o l'assegurat poden declarar durant la vigència del Contracte aquelles circumstàncies que disminueixin el risc i siguin de tal naturalesa que si haguessin estat conegudes per la Mutualitat en el moment de la perfecció del contracte, l'hauria celebrat en condicions més favorables per aquells. En aquest supòsit, en finalitzar el període en curs de l'assegurança, la Mutualitat haurà de reduir l'import de la prima futura en la proporció corresponent, tenint dret el Prenedor de l'assegurança, en cas contrari, a la resolució del contracte i a la devolució de la diferència entre la prima satisfeta i la que li hagués correspost pagar, des del moment que hagi posat en coneixement de la Mutualitat la disminució del risc.

## **Article 17. DRETS I OBLIGACIONS**

El Mutualista haurà de comunicar qualsevol canvi de domicili, per tal que la Mutualitat, de mutu acord amb aquell, pugui adequar el servei (amb la prima o quota conseqüent) a la localitat de la seva nova residència, així com per facilitar, si escau, el canvi de domicili de cobrament. En cas contrari, no es pot imputar a la Mutualitat, l'incompliment d'aquestes obligacions, i el mutualista incórrer, per aquesta causa, en l'impagament de primes o quotes. No obstant això, la manca de comunicació no impedirà que, de conformitat amb l'article 24 de la Llei de contracte d'assegurança, en tot cas sigui el jutge competent per al coneixement de les accions derivades del contracte d'assegurança el del nou domicili.

El present títol està basat en les declaracions del Mutualista, en conseqüència:

**Tota falsedat relativa a l'estat de salut dels assegurats, dona dret a la Mutualitat per poder rescindir el contracte mitjançant declaració dirigida al Mutualista en el termini d'un mes, a comptar des del seu coneixement.**

Si el contingut del títol difereix de la sol·licitud d'assegurança o de les clàusules acordades, el Mutualista podrà reclamar a la Mutualitat, en el termini d'un mes a comptar des del lliurament de la pòlissa, perquè resolgui la divergència existent. Transcorregut aquest termini sense efectuar la reclamació, s'estarà al que disposa el títol.

**Per tal de comprovar l'adequat compliment de les condicions anteriors, la Mutualitat es reserva la facultat d'exigir la demostració documental de les edats dels assegurats i de les circumstàncies dels òbits.**

## **Article 18. ACCEPTACIÓ DE LES CONDICIONS CONTRACTUALS**

El prenedor declara:

- Haver rebut els Estatuts i la pòlissa d'assegurança, amb les condicions generals, particulars i els suplementes que li puguin correspondre i haver estat adequadament informat sobre aquests i haver-ne acceptat íntegrament el contingut.
- Haver estat informat i acceptar expressament les clàusules limitatives que hi poguessin haver, en compliment del que estableix l'article 3 de la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, del contracte d'assegurança.
- Haver rebut tota la informació requerida per a la formalització d'aquest contracte relativa a la identitat de la Mutualitat, la garantia que s'ofereix, la durada del contracte i les condicions per rescindir-lo, les condicions relatives a la prima i al capital indemnitzador o prestació assistencial, i el règim fiscal aplicable.

**ANNEX I**

**LIMITACIÓ A LES INDEMNITZACIONS**

En cas que la malaltia o accident fos produït per una de les patologies previstes en aquest annex, les indemnitzacions es limiten als períodes que s'indiquen a continuació:

- Àlgies de la columna vertebral:	30 dies
- Abscessos (desbridament):	15 dies
- Abscés sacrococcigeal (intervenció):	45 dies
- Apendicectomia:	30 dies
- Artritis i/o artrosi:	45 dies
- Biòpsies cutànies:	7 dies
- Bronquitis:	10 dies
- Catarro, grip i similars:	7 dies
- Còlics qualsevol mena sense ingrés	10 dies
- Ciatàlgies:	30 dies
- Contractures:	20 dies
- Contusions:	10 dies
- Correcció quirúrgica de la miopia i/o astigmatisme:	15 dies
- Capsulitis:	20 dies
- Erosions corneals:	7 dies
- Vessaments - hemartrosis articulars:	30 dies
- Esquinços (sense intervenció quirúrgica):	30 dies
- Exèresi de tumors benignes a la pell:	7 dies
- Fissura de falange:	30 dies
- Fissura costal:	30 dies
- Fissura metacarp:	30 dies
- Fissura metatars:	30 dies
- Fissura peroné:	30 dies
- Gonàlgies:	20 dies
- Hematomes:	15 dies
- Hèrnia discal (sense intervenció quirúrgica):	30 dies
- Herniorràfia abdominal:	30 dies
- Hèrnies abdominals (sense intervenció quirúrgica):	10 dies
- Inflamacions sense diagnòstic  etiològic:	15 dies
- Meniscopatia sense intervenció quirúrgica:	20 dies
- Neuritis:	20 dies
- Avulsió unguial:	15 dies
- Reacció al·lèrgica sense ingrés	10 dies
- S. febril sense diagnòstic etiològic	10 dies
- Síndromes gotoses (sense ingrés):	20 dies
- S. ulcerosa (sense ingrés)	20 dies
- Vertigen sense origen etiològic	7 dies
- Tendinitis:	20 dies
- Sense tenir un diagnòstic etiològic concret: 15 dies	



**ANNEX II**

**LIMITACIÓ A LES INDEMNITZACIONS EN CAS DE LLISTA D'ESPERA**

Les limitacions en situacions de llista d'espera s'apliquen quan la patologia no està limitada a l'annex I.

Si l'assegurat està en situació de llista d'espera per a una intervenció quirúrgica, tractaments o proves diagnòstiques, s'aplicaran les següents limitacions des de la data d'inclusió en la llista d'espera:

- Per llista d'espera per a intervenció quirúrgica i/o tractaments: 30 dies
- Per llista d'espera per a proves diagnòstiques: 15 dies

En aquests supòsits, el sinistre es tancarà amb l'abonament del període esmentat, generant novament el subsidi a partir de la data de l'intervenció quirúrgica, el tractament o la prova diagnòstica realitzada; no essent indemnitzable el període comprès entre la finalització del límit per llista d'espera i la data de l'intervenció, tractament o prova.