

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.

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.

Domicilio del tomador del seguro

El que figura en la póliza, que se considerará como el de su residencia habitual a todos los efectos.

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.

Extranjero

Se entiende por extranjero a efectos de las garantías, el país distinto a España.

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.

Servicio Fúnebre

Es el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para efectuar el Sepelio del Asegurado fallecido, de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en la póliza.

Siniestro

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

Suma asegurada

El límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

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 garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, las coberturas correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente recogida en las Condiciones Particulares, para cada uno de los Asegurados.

Todas las Pólizas de este Condicionado tendrán de **forma obligatoria**, las siguientes garantías:

- a) Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio.
- b) Garantía de Gestión del Duelo y Servicios de Gestoría.
- c) Garantía de Asistencia en viaje.

Se pueden contratar de **forma opcional**:

- d) Garantía de traslado de restos mortales de extranjeros residentes en España.
- e) Garantía de traslado de restos mortales de españoles residentes en el extranjero.
- f) Garantía Muerte por Accidente.
- g) Garantía Incapacidad Permanente por Accidente.
- h) Garantía de Indemnización por Intervención Quirúrgica.
- i) Garantía de Indemnización por Hospitalización Quirúrgica.

ARTÍCULO 3. GARANTÍA DE GESTIÓN Y GASTOS DE SEPELIO

3.1 Definición

La Mutualidad garantiza, con el límite máximo del Capital Asegurado que consta en las Condiciones particulares, la prestación de un Servicio Fúnebre en la población que consta como domicilio del tomador, al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, siempre que el hecho causante se encuentre dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Esta Garantía tomará efecto a los **VEINTE días** de la fecha de la formalización del Contrato de Seguro, una vez abonada la primera prima, salvo que el fallecimiento se haya producido por accidente, en cuyo caso el efecto es inmediato.

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado fuera inferior al Capital Asegurado, La Mutualidad abonará al tomador, o en su defecto, a los herederos, la diferencia resultante.

Si la prestación de dicho Servicio Fúnebre no fuera posible, o no se llevase a efecto por La Mutualidad por circunstancias imprevisibles, La Mutualidad se compromete a satisfacer la suma asegurada a los herederos del asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, debe comunicar a la Mutualidad cualquier cambio de domicilio, notificándolo por escrito. En el supuesto de cambio de población se adaptará el contrato a los Servicios Fúnebres vigentes en dicho lugar, obligándose la Mutualidad a emitir el correspondiente suplemento.

La Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio se extiende a los Asegurados, cualquiera que fuese la causa del fallecimiento, salvo para los riesgos expresamente excluidos.

3.2 Personas no asegurables

Las personas mayores de 70 años o que padezcan una enfermedad grave que limite su esperanza de vida, no son asegurables, salvo que expresamente se haga constar esta circunstancia y se pague por tanto la sobreprima correspondiente.

Antes de la suscripción del contrato, todos los asegurados en la póliza deberán cumplimentar una declaración de salud. En esta deberán declararse todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo por parte de la Mutualidad.

3.3 Modalidad de Tarifa

La prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio para todos los asegurados con edad actuarial inferior a 70 años estará en función del capital asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada prórroga anual. Para los asegurados con edad actuarial de 70 años o superior, la prima a aplicar será la indicada en el Anexo I, que se adjunta a la Nota Informativa, siempre que se hayan incorporado a la póliza antes de cumplir la edad de 70 años.

Las tasas que se aplican son las que se establecen en la Nota Informativa que serán válidas hasta que se apruebe su modificación en la Asamblea de Mutualistas. Una vez aprobadas por la Asamblea de Mutualistas entrarán en vigor a partir de la inmediata prórroga anual de la póliza de seguro; las tasas estarán siempre a disposición del tomador del seguro .

La Mutualidad podrá aplicar un descuento a las tasas en el momento de la suscripción del seguro, que salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, este descuento únicamente se mantendrá durante la primera anualidad, pasando a aplicarse las tasas estándar a partir de la primera prórroga anual.

La Mutualidad podrá mantener los descuentos aplicados a las tasas durante uno o más periodos sucesivos, sin necesidad de comunicarlo expresamente al mutualista y sin que ello implique compromiso de continuidad de los mismos en periodos posteriores.

3.4 Actuación en caso de Siniestro

El prestador del servicio de esta cobertura es PREVISORA GENERAL M.P.S.

El Capital Asegurado establecido en la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio y para cada Asegurado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador establece el siguiente procedimiento para hacer efectivos los compromisos que determina esta Garantía:

a) Se comunicará al Asegurador, lo antes posible, la defunción del Asegurado mediante el Servicio Telefónico disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año, **llamando al número de teléfono 900 100 134.**

Serán los herederos legales quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado, si éste la hubiese expresado, podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con **el límite máximo del Capital Asegurado**, de acuerdo con los que resulten procedentes en la localidad del Domicilio de residencia del tomador de la póliza.

b) Si por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los herederos legales del fallecido, el Asegurador no hubiera gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, éste se obliga, si procede, a satisfacer la suma asegurada establecida en las Condiciones particulares, a los herederos del asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados, previa presentación de los documentos indicados a continuación:

- 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) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- c) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.
- d) Facturas originales, de los gastos de los servicios funerarios prestados al Asegurado.

3.5 Actualización Capitales

El capital Asegurado es el que consta en las Condiciones Particulares de la póliza, en el momento de producirse la defunción. Con el fin de mantener actualizadas las sumas garantizadas en Póliza, la Mutualidad, en el momento de la prórroga anual, podrá aumentar el capital asegurado para cubrir el incremento de los costes de los distintos elementos que componen el servicio fúnebre. Previa aprobación de la Asamblea de Mutualistas, el incremento a aplicar será de hasta un 5%, siempre que el IPC sea inferior a este porcentaje. En caso contrario, el incremento podrá ser del IPC más un diferencial de un 1%.

Los incrementos se entenderán como efectivamente comunicados cuando se aprueben o se den por comunicados en la Asamblea de Mutualistas, con los plazos que en la misma se fijen y sin perjuicio que en la Asamblea se fijen medios o instrumentos de comunicación complementarios.

Solamente en caso de rechazo expreso del tomador, la Mutualidad mantendrá la póliza sin ninguna modificación de las condiciones particulares por este concepto, en cuyo caso al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo de la Mutualidad **será el capital asegurado que figure en las Condiciones Particulares.**

3.6 Riesgos Excluidos

- a) **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.**
- b) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.**
- c) **Inundaciones, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.**
- d) **Las enfermedades graves preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto. Se entiende por preexistente, aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.**
- e) **Por inexactitud o falsedad de los datos personales en el momento de la contratación de la póliza.**

3.7 Traslado

En caso de fallecimiento del Asegurado en España o en cualquier lugar del mundo, el Asegurador organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del óbito, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los herederos legales del Asegurado fallecido, así como los gastos de embalsamamiento y de las formalidades administrativas, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades para efectuar el traslado o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

Queda excluido con carácter general el Traslado que no haya sido comunicado previamente al Asegurador y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

Se excluye el traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

4. GARANTÍA DE GESTIÓN DEL DUELO Y SERVICIOS DE GESTORÍA

Para la prestación de las garantías cubiertas en este Artículo será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, llamando al número de **teléfono 91 536 82 73**.

4.1. Gestión del duelo

Se atenderá, en caso de fallecimiento del Asegurado, las demandas de los beneficiarios para la gestión del duelo, evaluando la situación, la gravedad del caso y las posibles secuelas a través de consultas telefónicas, ayudándoles a superar el duelo y acompañándoles emocionalmente en este proceso. Si el caso lo requiriese, localizarán servicios públicos y privados adecuados para derivar a la familia para terapia individual o de grupo o poniéndoles en contacto con asociaciones y grupos de ayuda.

En los casos en que los clientes lo soliciten, una vez agotadas las posibilidades de intervención telefónica o con dificultad para ser atendidos por los servicios públicos o seguros privados, se ofrece acudir a sesiones en el despacho/consulta de un psicólogo clínico, colegiado y acreditado.

El límite máximo para esta prestación será de 500 euros póliza/año. Esta garantía se prestará a petición de los beneficiarios del Asegurado y en horario de 9:00 a 19:00 horas de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional).

4.2. Asesoramiento y Gestión en sucesiones

Se realizará la gestión integral del proceso testamentario extrajudicial así como el asesoramiento previo al Asegurado. Esto incluye los siguientes servicios:

- a) Asesoramiento jurídico al Asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b) Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c) Atención personalizada al Asegurado y a los herederos/beneficiarios del Asegurado.
- d) Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.
- e) Obtención de todos los certificados necesarios:
 - e.1) Defunción.
 - e.2) Nacimiento.
 - e.3) Matrimonio o convivencia.
 - e.4) Fe de vida.
 - e.5) Registro de actos de últimas voluntades.
- f) Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
 - f.1) Baja.
 - f.2) Auxilio por defunción.
 - f.3) Altas del cónyuge.
 - f.4) Altas de otros beneficiarios.
- g) Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
- h) Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- i) Solicitud de nombramiento de defensor judicial en caso de incapacitados o menores.
- j) Consulta al Registro de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento.
- k) Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
 - k.1) Copia del último testamento.
 - k.2) Declaración de herederos abintestato.
 - k.3) Apertura del testamento.
 - k.4) Determinación del caudal hereditario.
 - k.5) Adjudicación y partición de la herencia.
- l) Liquidación del Impuesto sobre el Incremento de valor de los terrenos de naturaleza urbana (plusvalía mortis causa).
- m) Liquidación del impuesto de sucesiones.
- n) Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

Todos los servicios anteriores, con excepción de los indicados en las anteriores letras a) y b), serán prestados igualmente a los herederos/beneficiarios del Asegurado.

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los beneficiarios del procedimiento sucesorio.

Este servicio se prestará de 9:00 a 18:00 h de lunes a viernes (excepto festivos).

Los costes incluidos dentro del servicio son:

- Honorarios de abogados.
- Honorarios de gestores administrativos.
- Honorarios de procurador.
- Tasas por la obtención de certificados.

- Gastos de desplazamiento y mensajería.

Y los costes que no están incluidos dentro del servicio son:

- Impuestos de todo tipo.
- Honorarios de Notaría.
- Honorarios de Registros.
- Cualquier otro gasto o tasa no incluido entre los gastos asumidos por el asegurador

El límite máximo para esta garantía en caso de libre elección de abogado y procurador, será de 600 euros por siniestro y año.

4.3. Orientación y Asesoramiento Psicológico Telefónicos

A petición del Asegurado, se ofrecerá orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones relativas a la salud, relaciones familiares, laborales, etc. Tiene por objetivo proporcionar apoyo para encontrar la vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

El servicio psicológico aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológico diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno. Cuando la consulta derive de una situación clínica de urgencia, se activarán los servicios públicos de urgencia, o bien se dirigirá al Asegurado a su médico de cabecera o al especialista que corresponda.

Este servicio se prestará a petición del Asegurado y en horario de 9:00 a 19:00 de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional).

4.4 Exclusiones Garantía de Gestión del Duelo y Servicios de Gestoría:

- **Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente al Asegurador.**
- **Hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.**
- **Consultas y actuaciones judiciales cuya resolución comporte la aplicación de derecho extranjero, y aquellas relativas a la reclamación de derechos y beneficios que asisten al Beneficiario frente al Colegio correspondiente.**
- **Cuando el hecho haya sido causado por mala fe o deliberadamente por el Beneficiario.**
- **Los gastos derivados de reclamaciones infundadas, así como los que se planteen con manifiesta desproporción en relación a los daños y perjuicios sufridos. Esta exclusión no se aplicará cuando, tras el ejercicio de las acciones judiciales correspondientes, el Beneficiario obtuviese resolución favorable estimando la totalidad de la indemnización correspondiente.**
- **El cumplimiento de las obligaciones impuestas al Beneficiario por Sentencia o Resolución Administrativa. El pago de multas y sanciones, así como sus intereses o recargos.**

ARTÍCULO. 5 GARANTÍA DE ASISTENCIA EN VIAJE

Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican a continuación y que se produzcan como consecuencia de un evento fortuito **en el curso de un viaje** de duración no superior a 90 días, fuera del Domicilio Habitual, dentro del Ámbito Territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo. Las garantías del contrato dejarán de surtir efecto una vez finalizado el viaje y al regreso del Asegurado al Domicilio Habitual.

La asistencia será válida a partir de 35 km. del Domicilio Habitual del Asegurado (15 km. para Baleares y Canarias).

Para la prestación de las garantías cubiertas en este Artículo será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, llamando al número de **teléfono 91 536 82 73**.

5.1. Traslado de restos mortales

Traslado de restos mortales a España

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento fuera de la provincia de su domicilio habitual, cubierto en el presente contrato, la Mutualidad organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado. A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación del seguro.

Traslado de restos mortales a país de origen (no España)

En caso de fallecimiento del Asegurado en España fuera de la provincia de su domicilio habitual, los beneficiarios, herederos o personas con capacidad legal para decidir, podrán optar entre:

- Traslado de restos mortales desde España hasta el aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación en el país de origen, previa comunicación por parte de los herederos, beneficiarios del asegurado o personas con capacidad legal para decidir, de la Funeraria que se hará cargo de los restos mortales en dicho aeropuerto. Asimismo se cubrirán **hasta 1.500 euros** en concepto de gastos de traslado desde el aeropuerto internacional hasta la localidad de inhumación en el país de origen.
- En caso de no realizar dicho traslado, la Mutualidad contribuirá a los gastos de sepelio en España **hasta un máximo de 3.000 euros**.

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado. Para el reembolso de cualquier gasto será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.

5.2. Acompañamiento de restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, fallecido en un viaje cubierto por el presente contrato, LA MUTUALIDAD facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

5.3. Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje por el extranjero, la Mutualidad garantiza durante la vigencia del Contrato y **hasta un límite de 12.000 euros** por período contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano, durante la primera asistencia médica prestada. Se excluye de esta cobertura el pago sucesivo de aquellos medicamentos o gastos farmacéuticos que se deriven de la prolongación en el tiempo del tratamiento inicialmente prescrito, así como los relacionados con cualquier proceso que adquiera un carácter crónico.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

En caso de que la Mutualidad no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por la Mutualidad a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

Gastos Odontológicos

En aplicación de la garantía "Gastos médicos en el extranjero" y dentro del límite especificado en la misma, quedan cubiertos los gastos odontológicos, considerados de urgencia, **excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes, hasta un límite de 300 euros.**

5.4. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevenida o accidente imposibilite al Asegurado continuar el viaje, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, la Mutualidad abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta un límite de 45 euros / día, durante un máximo de 10 días.**

5.5. Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado, durante la vigencia del contrato y como consecuencia de un desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual, y siempre que le imposibilite continuar el viaje, la Mutualidad, tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de la Mutualidad autorice el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su domicilio habitual en España, la Mutualidad efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- Avión sanitario especial.
- Tren primera clase.
- Helicóptero sanitario.
- Ambulancia.
- Avión de línea regular.

El avión sanitario especial, solo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo. Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser

ingresado el Asegurado. Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de la Mutualidad, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión. A efectos de repatriación, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación de la póliza.

5.6. Regreso de los asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por enfermedad sobrevenida o accidente en aplicación de la garantía "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Mutualidad se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su domicilio habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) o en cualquier otro medio de transporte adecuado.

5.7. Desplazamiento de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, la Mutualidad pondrá a disposición de un acompañante desde su domicilio habitual en España un billete ida y vuelta de avión línea regular (clase turista), tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado.

5.8. Gastos de estancia de una persona para acompañar al asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, la Mutualidad abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas originales correspondientes, **hasta un límite de 45 euros /día y hasta un máximo de 10 días.**

5.9. Regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar

En caso de defunción en España de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, la Mutualidad, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio, (en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento) un billete de avión de línea regular (clase turista) o tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado hasta el lugar de inhumación en España.

5.10 Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías)

La Mutualidad a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

5.11. Servicio de intérprete en el extranjero

La Mutualidad pondrá a disposición del asegurado un servicio de traducción telefónica en los principales idiomas (inglés, francés y alemán) y facilidades para contactar con intérpretes.

5.12. Servicio de Información

La Mutualidad dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas sobre 24, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de informaciones médicas, de condiciones de viaje y de vida local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, etc.; información relacionada con el vehículo como talleres, gasolineras, compañías aseguradoras.

5.13. Exclusiones Garantía de Asistencia en viaje

Las presentes garantías cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste. Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a la Mutualidad y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso quedan excluidas de las garantías aseguradas, los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- a) **Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje que se manifiesten en el transcurso del mismo.**
- b) **Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por la Mutualidad y acordado por su servicio médico.**
- c) **Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética, y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como aquellos afines a estos.**

Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

- d) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
- e) Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.
- f) La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:
 - Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.
 - Deportes aéreos en general.
 - Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos la Mutualidad sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.
- g) Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- h) Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.
- i) Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
- j) Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.
- k) Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.
- l) Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

- a) El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas "in situ".
- b) Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.

Artículo 6. GARANTÍA DE TRASLADO DE RESTOS MORTALES DE EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA

Esta garantía es de contratación opcional y puede contratarla cualquier persona física extranjera o nacionalizada española, legalmente residente en España, y que en el momento de la contratación tenga entre 14 y 55 años. Esta garantía complementaria se extingue cuando el asegurado alcanza los 70 años.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en el contrato, será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, llamando al número de **teléfono 91 536 82 73**.

Establecido el contacto, el asegurado señalará: Nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto, e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada.

6.1. Traslado de restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado en España por enfermedad o accidente, fuera del límite de su provincia de residencia habitual, la Mutualidad organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado. A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación del seguro.

Traslado de restos mortales a país de origen (no España)

En caso de fallecimiento del Asegurado en España, los beneficiarios, herederos o personas con capacidad legal para decidir, podrán optar entre:

- Traslado de restos mortales desde España hasta el aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación en el país de origen, previa comunicación por parte de los herederos, beneficiarios del asegurado o personas con capacidad legal para decidir, de la Funeraria que se hará cargo de los restos mortales en dicho aeropuerto. Asimismo se cubrirán **hasta 1.500 euros** en concepto de gastos de traslado desde el aeropuerto internacional hasta la localidad de inhumación en el país de origen.
- En caso de no realizar dicho traslado, la Mutualidad contribuirá a los gastos de sepelio en España **hasta un máximo de 3.200 euros**.

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado.

PARA REEMBOLSO DE CUALQUIER GASTO SERÁ INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y JUSTIFICANTES ORIGINALES.

6.2. Acompañamiento restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, la Mutualidad facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

Artículo 7. GARANTÍA DE TRASLADO DE RESTOS MORTALES DE ESPAÑOLES RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

Esta garantía es de contratación opcional y puede contratarla cualquier persona física **de nacionalidad española**, legalmente residente en país distinto a España, y que en el momento de la contratación tenga entre 14 y 55 años. Esta garantía complementaria se extingue cuando el asegurado alcanza los 70 años.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en el contrato, será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, llamando al número de **teléfono 91 536 82 73**.

Establecido el contacto, el asegurado señalará: Nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto, e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada

7.1. Traslado de restos mortales a España

En caso de fallecimiento del Asegurado en su país de residencia habitual, la Mutualidad organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

En caso de no realizar dicho traslado, la Mutualidad contribuirá a los gastos de sepelio en el país de residencia, **hasta un máximo de 3.200 euros.**

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado. A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación del seguro.

7.2. Acompañamiento restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, la Mutualidad facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

Artículo 8. MUERTE POR ACCIDENTE

8.1 Definición

Esta garantía es de contratación opcional.

En caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad satisfará al beneficiario el capital establecido a tal efecto. Esta garantía se extiende a los accidentes acaecidos, tanto durante la vida privada como en el curso de la actividad profesional del asegurado (es decir, durante las 24 horas del día).

8.2 Personas no asegurables

Las personas mayores de sesenta y cinco (65) años así como el riesgo de muerte de los menores de catorce (14) años.

Será motivo de baja en la póliza el cumplimiento de la edad de salida, siendo el límite de edad el de setenta (70) años.

8.3 Exclusiones

Quedan excluidos:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado, así como por su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa o de tentativa de salvamento de personas o bienes. También se excluyen los accidentes que se deriven de actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional y los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.
- b) Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado y/o beneficiario, en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.
- c) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o estando bajo los efectos del alcohol, drogas, estupefacientes o fármacos, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas.
- d) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por esta sección.
- e) Las hernias de la pared abdominal y discales, así como las contracturas de cualquier tipo, cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias, cualquiera que sea su origen.
- f) Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, o las agravaciones de las mismas.
- g) Los accidentes 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.
- h) 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.
- i) Los accidentes que estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- j) La práctica profesional de cualquier deporte.
- k) Práctica por parte del asegurado en deportes de riesgo (tales como motociclismo, automovilismo, submarinismo, esquí, alpinismo y otros deportes cuyos riesgos puedan considerarse como similares).
- l) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.

8.4 Actuación en caso de siniestro

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente.

Asimismo, si después de fijada la incapacidad permanente, sobreviene la muerte del asegurado, las cantidades satisfechas por la Mutualidad por tal concepto se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de muerte.

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

- 1) 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.
- 2) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- 3) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario (D.N.I., etc.).
- 4) Certificado Oficial de Últimas Voluntades y último testamento, o en su defecto declaración ab intestato de herederos, con el fin de acreditar la condición de beneficiario.
- 5) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de su liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

Artículo 9. INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE

Esta garantía es de contratación opcional.

9.1 Definición

En caso de Invalidez Permanente, Completa o Parcial, a consecuencia de un accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago de la indemnización que resulte según las siguientes normas:

Esta garantía se extiende a los accidentes acaecidos, tanto durante la vida privada como en el curso de la actividad profesional del asegurado (es decir, durante las 24 horas del día).

- En el caso de **Invalidez Permanente Completa** se pagará el cien por cien (100%) del capital pactado para este tipo de garantía. Se entiende por Invalidez Permanente Completa: la pérdida total de los dos ojos o de las dos extremidades superiores o de las dos manos completas, la pérdida total de las dos extremidades inferiores o de los dos pies completos, la pérdida simultánea de una extremidad superior y de una extremidad inferior, la enajenación mental absoluta e incurable o la parálisis completa.
- En el supuesto de **Invalidez Permanente Parcial**, declarada irreversible, la indemnización a pagar, por parte de la Mutualidad, será la resultante de aplicar sobre el total del capital contratado para esta garantía los porcentajes correspondientes a la patología que da lugar a la incapacidad, según la siguiente relación:

	Dcho	Izdo
Cicatrices dolorosas y/o neuralgias	2%	
Epilepsia	8%	
Anosmia	8%	
Ablación de globo ocular	20%	
Ptosis palpebral unilateral	4%	
Ptosis palpebral bilateral	10%	
Hemianopsia periférica	10%	
Hemianopsia central	15%	
Pérdida visión un ojo	25%	
Pérdida total de la visión	60%	
Sordera completa de un oído	6%	
Sordera total	40%	
Síndrome vertiginosos	6%	
Hernias discales con sintomatología	15%	
Rigidez cervical	5%	
Rigidez dorso-lumbar (disminución < del 30%)	8%	
Rigidez dorso-lumbar (disminución > del 30%)	15%	
Limitación movilidad escapulohumeral hasta el 25%	5%	
Limitación movilidad escapulohumeral hasta el 50%	10%	
Limitación movilidad escapulohumeral superior al 50%	15%	
Limitación movilidad codo hasta el 25%	3%	
Limitación movilidad codo hasta el 50%	8%	
Limitación movilidad codo superior al 50%	12%	
Limitación movilidad muñeca hasta el 25%	2%	
Limitación movilidad muñeca hasta el 50%	5%	
Limitación movilidad muñeca superior al 50%	8%	
Limitación movilidad dedos manos hasta el 25%	0,5%	
Limitación movilidad dedos manos hasta el 50%	1%	
Limitación movilidad dedos manos superior al 50%	2%	
Limitación movilidad cadera hasta el 25%	3%	
Limitación movilidad cadera hasta el 50%	8%	
Limitación movilidad cadera superior al 50%	12%	
Limitación movilidad rodilla hasta el 25%	2%	
Limitación movilidad rodilla hasta el 50%	6%	
Limitación movilidad rodilla superior al 50%	10%	
Limitación movilidad tobillo hasta el 25%	2%	
Limitación movilidad tobillo hasta el 50%	4%	
Limitación movilidad tobillo superior al 50%	6%	
Limitación movilidad dedos pie hasta el 25%	0,5%	

Limitación movilidad dedos pie hasta el 50%		0,5%	
Limitación movilidad dedos pie superior al 50%		0,5%	
Pérdida total de la extremidad superior	70%		60%
Pérdida total de un antebrazo	60%		50%
Pérdida total pulgar	10%		5%

Pérdida total de un dedo mano (no pulgar)	8%		4%
Pérdida total de cada falange distal y/o media mano	2%		1%
Pérdida total de la extremidad inferior		50%	
Pérdida total de pierna		40%	
Pérdida total de pie		30%	
Pérdida total dedo gordo del pie		4%	
Pérdida total de otro dedo del pie		1%	
Pérdida total de una falange dedo pie		0,5%	

- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular dentro del límite máximo del 100%.

- En caso de Invalidez Permanente Parcial no indicada en los casos relacionados, la indemnización se establecerá por analogía con los supuestos anteriormente contemplados.

9.2 Personas no asegurables

Las personas mayores de sesenta y cinco (65) años así como el riesgo de muerte de los menores de catorce (14) años.

Será motivo de baja en la póliza el cumplimiento de la edad de salida, siendo el límite de edad el de sesenta y cinco (65) años.

9.3 Exclusiones

Quedan excluidos:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado, así como por su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa o de tentativa de salvamento de personas o bienes. También se excluyen los accidentes que se deriven de actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional y los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.
- b) Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado y/o beneficiario, en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.
- c) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o estando bajo los efectos del alcohol, drogas, estupefacientes o fármacos, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas.
- d) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por esta sección.
- e) Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, o las agravaciones de las mismas.
- f) Los accidentes 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.
- g) 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.
- h) Los accidentes que estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

i) La práctica profesional de cualquier deporte.

j) Práctica por parte del asegurado en deportes de riesgo (tales como motociclismo, automovilismo, submarinismo, esquí, alpinismo y otros deportes cuyos riesgos puedan considerarse como similares).

k) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.

l) Las hernias de la pared abdominal y discales, así como las contracturas de cualquier tipo, cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias, cualquiera que sea su origen.

9.4 Actuación en caso de siniestro

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente.

En caso de varias situaciones sucesivas de incapacidad permanente parcial, la suma de las indemnizaciones nunca podrá ser superior al cien por cien (100%) del capital contratado.

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

- 1) Certificado médico de la Seguridad Social en el que se determine la fecha de acaecimiento del accidente, y se evidencie el tipo de incapacidad resultante.
- 2) 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.

Artículo 10. 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 el tomador del seguro notifique por escrito la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la finalización del periodo en curso.

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 11. DE LA PRIMA DEL SEGURO

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 el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

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 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 12. 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, 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.

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 13. MULTIPLICIDAD DE CONTRATOS DE SEGURO

En virtud del art. 106 bis de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro, en caso de concurrencia de seguros de decesos en una misma aseguradora, el asegurador estará obligado a devolver, a petición del tomador, las primas pagadas de la póliza que haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia.

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

Artículo 14. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

Artículo 15. 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 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 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.

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 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.

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 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.

16.4 Cambio domicilio tomador

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, debe comunicar a la Mutualidad cualquier cambio de domicilio, notificándolo por escrito. En el supuesto de cambio de población se adaptará el contrato a los Servicios Fúnebres vigentes en dicho lugar, obligándose la Mutualidad a emitir el correspondiente suplemento.

Artículo 17. JURISDICCIÓN

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

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 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 los Artículos de 104 a 107 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.

Artículo 19. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS. Resolución de la DGS de 28 de Marzo de 2018. BOE 16 de Abril de 2018.

Sólo de aplicación para las garantías de MUERTE POR ACCIDENTE E INCAPACIDAD POR ACCIDENTE.

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4.º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre (BOE de 20 de diciembre), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y también los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de

Seguros cuando el asegurado hubiese satisfecho, a su vez, 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 (Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal), o porque, hallándose la Entidad aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 (modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de

Reforma del Sistema Financiero, y por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de 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.

2. Riesgos excluidos

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

El Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de período de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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.

II. 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:

- a.1 Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del receptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- a.2 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.
- a.3 Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- a.4 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.
- a.5 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:

- b.1 Certificado de defunción.
- b.2 Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.
- b.3 Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- b.4 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.
- b.5 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.
- b.6 Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.
- b.7 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.
- b.8 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 20. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Las divergencias que puedan surgir sobre la interpretación y cumplimiento de este contrato de seguro, podrán ser solucionadas:

- a) Mediante reclamación dirigida al Servicio de Atención al Cliente o bien dirigida al Defensor del Mutualista a las siguientes direcciones:
 - SAC, Servicio de Atención al Cliente, Calle Balmes, 28, 08007 Barcelona. SAC@previsorageneral.com
 - Defensor del Mutualista, Calle Balmes, Calle Balmes, 28, 08007 Barcelona.

El Servicio de Atención al Cliente que funciona de forma automática e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Mutualidad.

- b) Transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Mutuality, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- c) Tutela de los Juzgados y Tribunales competentes.

Artículo 21. LEGISLACIÓN APLICABLE.

Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Condiciones Generales y Particulares del Contrato.