

Artículo 1. DEFINICIONES**Mutualidad**

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Ausias Marc, 117-119 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

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

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

Acto Médico

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

Accidente

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

Asegurado

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

Asociado

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

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.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura contratada 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.

Incapacidad Permanente

Se entiende por tal la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Póliza

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

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

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

Tomador

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

Artículo 2. COBERTURA

En caso de accidente, la Mutualidad garantiza al asegurado, o a los correspondientes beneficiarios, el pago de las indemnizaciones contratadas para los supuestos de incapacidad, temporal o permanente, o muerte del asegurado.

Los gastos de asistencia sanitaria, provocados por el accidente, serán por cuenta de la Mutualidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y con los límites establecidos en este condicionado.

Las garantías contratadas dan cobertura a accidentes ocurridos en todo el mundo siempre que el domicilio habitual del asegurado se encuentre en España y no permanezca fuera de dicha residencia más de 180 días consecutivos.

- Las coberturas de subsidio diario por incapacidad temporal y asistencia sanitaria por accidente se aplican únicamente cuando el asegurado se encuentre en España.
- La cobertura de subsidio diario por incapacidad temporal requiere la confirmación de un médico con ejercicio en España y el correspondiente parte de baja emitido en España.

Artículo 3. GARANTÍAS DE LA COBERTURA

La Mutualidad asume la cobertura de las garantías que hayan sido contratadas particularmente de entre las que a continuación se indican:

1.- Muerte. En caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad satisfará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.

2.- Invalidez Permanente. 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:

- 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%	

	Dcho	Izdo
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 de una mano	50%	40%
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.

3.- Incapacidad Temporal. En el supuesto de Incapacidad Temporal a consecuencia de un accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago de la indemnización diaria contratada de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se percibirá una indemnización diaria en caso de accidente durante un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días, con los límites establecidos en los Anexos al presente condicionado para determinados accidentes.

b) Existen las siguientes modalidades de contratación:

- **Sin franquicia** (la indemnización empezará a devengarse a partir del día siguiente al de la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad).
- **Con franquicia de siete (7) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del octavo día).
- **Con franquicia de quince (15) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del decimosexto día).

En todas las modalidades de contratación con franquicia, se descontará del periodo total de baja laboral, o del límite establecido en el anexo, los días correspondientes al periodo franquiciado.

En las modalidades de contratación con franquicia, en aquellos supuestos en que no se presente la baja laboral durante el correspondiente período de franquicia, la indemnización empezará a devengarse a partir del día siguiente al de la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutuality.

4.- Asistencia Sanitaria. La Mutuality toma a su cargo la asistencia sanitaria del asegurado, en caso de accidente cubierto, hasta el límite del capital establecido en las Condiciones Particulares y con un plazo máximo de un año desde la fecha del accidente.

En la garantía Asistencia Sanitaria se incluye la asistencia dental limitada a 500€ por asegurado y anualidad, derivada de un accidente cubierto.

En esta garantía, con el límite del capital establecido en Condiciones Particulares, se incluye la adquisición e implantación de la primera prótesis ortopédica, dental, auditiva, u óptica que precise el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza, **hasta la cantidad de 300 Euros en una anualidad**. También se incluyen los gastos farmacéuticos que precise el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza, hasta la cantidad de 100 Euros en una anualidad. Todas estas coberturas tienen el límite máximo de un año desde la fecha del accidente.

Quedan excluidos en esta cobertura: el material de osteosíntesis, los desplazamientos cualquiera que sea el medio de transporte (ambulancia, taxi, etc.) y las prótesis no especificadas anteriormente.

Los gastos de asistencia sanitaria amparados por la presente cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

5.- Muerte por Accidente de Circulación. Si a consecuencia de un accidente de circulación (como peatón, conductor, pasajero u ocupante, de un vehículo terrestre con o sin motor) cubierto por la póliza, se produce el fallecimiento del asegurado, la Mutuality indemnizará el capital establecido a tal efecto en las condiciones particulares.

6.- Invalidez Permanente por Accidente de Circulación. Si a consecuencia de un accidente de circulación (como peatón, conductor, pasajero u ocupante, de un vehículo terrestre con o sin motor) cubierto por la póliza, se produce una invalidez permanente al asegurado, la Mutuality indemnizará el capital establecido a tal efecto en las condiciones particulares, siendo de aplicación las normas de valoración del punto 2) de este Artículo.

Artículo 4. MODALIDADES

Las coberturas anteriormente descritas pueden ser contratadas en cualquiera de las siguientes modalidades:

1.- Modalidad Actividad Profesional. Las garantías quedan limitadas a los accidentes que puede sufrir el asegurado durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo habitual. Se entenderán cubiertos asimismo los accidentes denominados "in itinere", o sea los que se produzcan durante el desplazamiento desde el domicilio del asegurado hasta su lugar habitual de trabajo.

En cualquier caso, será necesario el previo reconocimiento de tal accidente por el correspondiente organismo de la Seguridad Social, Mutua de Accidentes de Trabajo o por sentencia judicial firme.

2.- Modalidad Vida Privada. Las garantías quedan limitadas a los accidentes extra profesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del asegurado, quedando por tanto excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

3.- Modalidad 24 Horas. Las garantías se extienden 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).

Artículo 5. RIESGOS EXCLUIDOS

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.

Artículo 6. RIESGOS EXCLUIDOS SALVO PACTO EN CONTRARIO

Quedan excluidos de la cobertura de esta sección, los accidentes derivados de:

- a) La práctica profesional de cualquier deporte.
- b) 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).
- c) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.

No obstante lo anterior, si mediare pacto expreso, establecido particularmente, la Mutualidad cubrirá dichos accidentes. Siempre que se acuerde tal cobertura la prima a satisfacer por el tomador se incrementará debidamente, con el fin de que la misma pueda ser asumida por la Mutualidad. En caso de impago de dicho incremento será de aplicación lo establecido para el impago de prima.

Artículo 7. PERSONAS ASEGURABLES

- a) La edad máxima de entrada es sesenta y cinco (65) años, y la edad mínima para la cobertura de muerte es catorce (14) años de edad. La Mutualidad, excepcionalmente, podrá aceptar la inclusión de personas hasta 70 años de edad.
- b) Será motivo de baja en la póliza, el que se haya producido el pago del capital en caso de fallecimiento del asegurado así como cuando se produzca el pago de una indemnización por incapacidad equivalente al cien por cien (100%) del capital pactado.
- c) Será motivo de baja en la póliza el cumplimiento de la edad de salida, siendo el límite de edad el de setenta (70) años.

Artículo 8. CAPITALS ASEGURADOS

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

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

Artículo 9. LIMITACIONES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

- a) Las indemnizaciones diarias **se denegarán** en las siguientes circunstancias:
 - a.1) Cuando, aún estando en situación de baja, el accidentado ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.
 - a.2) Cuando el accidentado no facilite las inspecciones médicas que considere oportunas la Mutualidad o no aporte los certificados médicos solicitados por la misma, así como los correspondientes partes de confirmación.
 - a.3) Cuando la situación de baja sea consecuencia de un accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación.
 - a.4) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud que acompaña a la solicitud de ingreso, si medió dolo o culpa grave.

a.5) Cuando los partes de baja y alta sean entregados a la Mutuality en el mismo momento, es decir, una vez finalizada la situación de baja.

a.6) Cuando, en el momento del accidente, el asegurado no se halle totalmente al corriente de primas. El hecho de ponerse al corriente de pago con posterioridad a la denegación del subsidio por ésta causa, no dará derecho al cobro del mismo.

b) Las indemnizaciones diarias finalizarán en las siguientes circunstancias:

b.1) Cuando el accidentado sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutuality.

b.2) Cuando la patología se mantenga porque el asegurado no se someta a intervención quirúrgica o porque no siga el tratamiento prescrito por el médico responsable de su tratamiento.

b.3) En el supuesto de hallarse ausente el accidentado en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutuality, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el accidentado de un plazo de 24 horas, salvo causa justificada, para informar a la Mutuality sobre su situación, en orden al seguimiento de su siniestro. En caso de no recibir noticias suyas en el plazo previsto, se presumirá la finalización de su baja laboral, poniéndose fin al devengo del subsidio que venía percibiendo.

c) Las indemnizaciones diarias se suspenderán cuando el asegurado se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. tal como se indica en el Anexo II a de esta póliza.

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

Artículo 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente. Si una vez liquidado el subsidio por incapacidad temporal, sobreviene incapacidad permanente o muerte, las cantidades percibidas en concepto de incapacidad temporal se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de incapacidad permanente o muerte.

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.

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

En caso de fallecimiento del asegurado, los beneficiarios podrán disponer de un anticipo máximo de 5.000,00 Euros, a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos del trámite y liquidación del Impuesto de Sucesiones.

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

a) Muerte:

a.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.

a.2) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

a.3) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario (D.N.I., etc.).

a.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.

a.5) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de su liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

a.6) Cualquier otro documento que la Mutuality considere necesario.

b) Incapacidad Permanente:

b.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.

b.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.

b.3) Cualquier otro documento que la Mutuality considere necesario.

c) Incapacidad Temporal: Los partes de baja y alta laboral, dónde conste el diagnóstico, expedidos por la Seguridad Social, o bien por el médico que asista al paciente en caso de hallarse incluido en un sistema alternativo a la Seguridad Social, que determinen esta incapacidad.

d) Asistencia Sanitaria: La Asistencia sanitaria garantizada en la póliza será prestada por el cuadro médico concertado por la Mutualidad, cuyo acceso se explicará en el Parte de Accidentes vigente.

Para que Previsora General abone los gastos ortopédicos, odontológicos, auditivos, ópticos y farmacéuticos es necesario que se presenten las facturas abonadas por el asegurado acreditativas del tratamiento una vez terminado, informes médicos que lo justifiquen y un Parte de Accidentes conforme ha recibido Asistencia Sanitaria firmado por el tomador de la póliza.

Artículo 11. DURACION

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

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

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

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

Artículo 12. PRIMA

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

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

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

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

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

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

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

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

Artículo 13. DECLARACIÓN, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

13.1 Valoración del riesgo.-

Antes de la suscripción del Contrato, el Tomador del seguro tiene el deber de declarar a la Mutualidad, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que influyan en la valoración del riesgo, y que queden comprendidas en él. La

Mutualidad podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del Seguro.

13.2 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.

En cualquier caso deberá comunicar el establecimiento del domicilio del asegurado fuera de territorio español, tanto de forma temporal o como definitiva.

13.3 Disminución del riesgo.-

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

Artículo 14. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El presente título es indisputable a partir de un año contado desde su toma de efecto. Igualmente, cada una de las modificaciones de capital o prestaciones del contrato, son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto.

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

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

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

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

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

Artículo 15. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS. Resolución de la DGS de 28 de marzo de 2018. BOE 16 de abril de 2018.

ANEXO II. B

Daños en las personas.

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

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

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

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

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

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

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

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radioactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y

fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

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

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que a entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

3. Valoración de los daños:

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

4. Abono de la indemnización:

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

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.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

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

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

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

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

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

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

b) Muerte:

Certificado de defunción.

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

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

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

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

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

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

Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Artículo 16. NORMATIVA APLICABLE

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

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

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

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

Artículo 17. MULTIPLICIDAD DE CONTRATOS DE SEGURO

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

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

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

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

Artículo 18. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

Artículo 19. 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 presentarla ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 20. JURISDICCIÓN

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

Artículo 21. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

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

ANEXO I**LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE**

En caso de que el accidente fuese producido por una de las patologías previstas en el presente anexo, las indemnizaciones se limitarán a los periodos indicados a continuación:

Patología	Número de días
- Artritis traumática:	20 días.
- Avulsión ungueal:	15 días.
- Capsulitis traumática:	20 días.
- Conjuntivitis:	10 días.
- Contusiones:	10 días.
- Cuerpo extraño corneal:	7 días.
- Derrames - Hemartrosis articulares:	30 días.
- Desgarros musculares:	30 días.
- Erosiones corneales:	7 días.
- Erosiones piel:	5 días.
- Esguinces (sin intervención quirúrgica):	30 días.
- Fisura de falange:	30 días.
- Fisura costal:	30 días.
- Fisura metacarpiano:	30 días.
- Fisura metatarsiano:	30 días.
- Fisura peroné:	30 días.
- Gonalgias	20 días.
- Hematomas:	15 días.
- Herida incisa:	10 días.
- Meniscompatías (sin cirugía)	20 días.
- Neuritis traumática:	20 días.
- Tendinitis:	20 días.
- Quemaduras de 1º y 2º grado que afecten a menos del 9% de la superficie corporal:	15 días.

ANEXO II

LIMITACION A LAS INDEMNIZACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN CASO DE LISTA DE ESPERA

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

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