

Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Ausiàs Marc, 117 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.

Asegurado

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

Asociado o Mutualista

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

Póliza

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

Prima

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

Siniestro

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

Tomador

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

Urgencia Vital

A efectos de esta póliza, se entenderá por urgencia vital toda situación clínica derivada de un accidente cubierto que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave para el asegurado y que requiera asistencia médica inmediata e inaplazable, de forma que no resulte razonablemente posible acudir previamente a un centro médico concertado por la Mutualidad.

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.- Gran Invalidez. En caso de Gran Invalidez sobrevenida al asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se considera como gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente irreversible y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

3.- Incapacidad Permanente Absoluta. En caso de Incapacidad Permanente Absoluta sobrevenida al asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta la que inhabilita al trabajador, de forma irreversible, para toda profesión u oficio.

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

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

5.- Incapacidad Permanente.

- a) En caso de que la Incapacidad Permanente declarada irreversible lo sea en grado de Total para la profesión habitual, Absoluta o Gran Invalidez, la Mutualidad se obliga al pago del cien por cien del capital pactado para este tipo de garantía.
- b) En el supuesto de declaración de Incapacidad Permanente Parcial irreversible, la indemnización a pagar, por parte de la Mutualidad, será la resultante de aplicar sobre el total del capital pactado para este tipo de garantía los siguientes porcentajes:

	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%	
	Dcho	Izdo
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 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 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.

6.- 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) La indemnización por Incapacidad Temporal se abonará a partir del día siguiente a la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad.

7.- Asistencia Sanitaria. La Mutualidad toma a su cargo los gastos de 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.

A efectos de esta garantía, la prestación de asistencia sanitaria se ajustará a las condiciones previstas en los apartados siguientes:

a) Centros concertados

No quedarán cubiertos, la asistencia sanitaria, pruebas diagnósticas, tratamientos, intervenciones o actos médicos realizados en centros no concertados sin autorización previa y expresa de Previsora General, salvo la primera asistencia sanitaria urgente en caso de urgencia vital, y únicamente dentro del límite temporal de las primeras 24 horas, en los términos previstos en esta cláusula.

b) Cobertura dental

Quedan incluidos en la garantía de Asistencia Sanitaria los siguientes gastos derivados directamente de un accidente cubierto por la póliza el tratamiento odontológico y/o prótesis dental hasta un máximo de **500 €** por asegurado y anualidad.

Para que Previsora General abone los gastos de tratamiento odontológico y/o prótesis dental será necesario aportar:

- Factura acreditativa del gasto, debidamente abonada por el asegurado, sus representantes legales o el tomador.
- Informe médico conforme ha recibido asistencia sanitaria.
- Parte de accidente, firmado por el tomador de la póliza.
- En su caso, prescripción facultativa del tratamiento odontológico y/o prótesis dental.

c) Urgencia vital

En caso de urgencia vital, el asegurado podrá recibir la primera asistencia sanitaria en el centro médico u hospitalario más próximo al lugar de ocurrencia del accidente, aunque no pertenezca al cuadro médico concertado de la Mutualidad.

Previsora General asumirá exclusivamente los gastos derivados de la asistencia sanitaria urgente prestada durante las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente cubierto, incluidos, en su caso, los gastos de traslado sanitario urgente mediante ambulancia u otro medio de transporte que resulte médicamente necesario y proporcionado a la gravedad de la urgencia vital.

Transcurrido dicho plazo de 24 horas, y siempre que el estado clínico del asegurado lo permita, deberá procederse al traslado del asegurado a un centro médico concertado por la Mutualidad para la continuación del tratamiento. El tomador o el asegurado deberán comunicar a Previsora General la asistencia sanitaria urgente recibida en un centro no concertado con carácter inmediato, dentro de las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente cubierto. No serán a cargo de Previsora General los gastos derivados de la permanencia, continuidad asistencial, tratamientos, pruebas, intervenciones, hospitalización o traslados en centros o medios no concertados una vez transcurrido dicho plazo de 24 horas, salvo autorización previa y expresa de la Mutualidad o imposibilidad médica justificada de traslado.

d) Gastos no incluidos en esta garantía:

No quedaran cubiertos los gastos de desplazamiento en cualquier medio, salvo en caso de urgencia vital o de autorización previa y expresa de la Mutualidad.

No tendrán la consideración de traslado sanitario urgente los desplazamientos ordinarios, de seguimiento, revisión, rehabilitación, retorno al domicilio o asistencia programada, salvo autorización previa y expresa de la Mutualidad.

No quedarán cubiertos los gastos farmacéuticos, los aparatos ortopédicos y terapéuticos y las prótesis.

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 extraprofesionales o extralaborales, 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 . ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, siendo declarada como tal por el correspondiente organismo de la Seguridad Social o judicial.

La Mutualidad cubrirá la muerte o la Incapacidad Permanente derivadas de la enfermedad profesional sufrida por el asegurado siempre que exista contratación expresa de esta contingencia.

Artículo 6. 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 7. 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) La práctica como aficionado de deportes de alto riesgo como el torero y encierro de reses bravas, el buceo, el bobsleigh, el boxeo, el esquí, el submarinismo, el alpinismo, la escalada, las carreras de vehículo a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puéting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
- 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 8 .DURACIÓN

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

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

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

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

Artículo 9. REQUISITOS DEL GRUPO ASEGURADO

9.1.- La edad mínima de entrada en el grupo asegurable es de catorce (14) años para la cobertura de muerte. Las indemnizaciones por este concepto para los asegurados menores de 14 años de edad, tendrán la consideración de gastos de sepelio. Para asegurados menores de 14 años, la garantía de fallecimiento se limitará a gastos de sepelio.

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

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

- a) Pago del capital en caso de fallecimiento del asegurado
- b) Pago de una indemnización por incapacidad equivalente al cien por cien (100%) del capital pactado
- c) Cumplimiento de la edad de salida del seguro, siendo el límite de edad de setenta (70) años.
- d) Salida del grupo asegurado por causa distinta de las anteriores.

9.3.- El asociado está obligado a notificar a la Mutualidad las variaciones que se produzcan respecto a los asegurados, incluso a efectos de la cumplimentación de las pertinentes altas o bajas, todo ello en el plazo de siete (7) días de producidas las citadas variaciones. Los asegurados tendrán derecho a la cobertura de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de comunicación de alta de cada uno de ellos a la Entidad Aseguradora.

9.4.- En caso de que el tomador sea una empresa, y se cubra a la totalidad de los trabajadores, este aplicará este precepto y no se aplicarán los puntos 9.1, 9.2 y 9.3.

Serán asegurados los trabajadores de la empresa tomadora del seguro, que se hallen en situación de alta en la Seguridad Social y, por tanto, estén incluidos en el RNT -Relación Nominal de Trabajadores-, documento oficial relativo a la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta ajena que, la empresa tiene afiliados y representa sus relaciones nominales con respecto a sus bases de cotización.

No quedaran amparados por la póliza aquellos asegurados que a la terminación del periodo de seguro cumplan la edad de 70 años, extinguiéndose automáticamente las garantías de la póliza para dichas personas. No obstante, la cobertura del riesgo puede ser prorrogada según condiciones especiales y de común acuerdo entre ambas partes

Si la empresa tomadora, en un mismo centro de trabajo tuviera dados de alta más de un CCC, la Mutualidad sólo dará cobertura a aquellos CCC que le hayan sido comunicados de forma fehaciente y por ende, consten expresamente en la póliza suscrita o bien en sus suplementos.

El CCC es el código de cuenta de cotización de las empresas, es un código numérico que la Tesorería General de la Seguridad Social asigna a los empresarios y demás sujetos responsables del pago de cuotas al Sistema de la Seguridad Social.

Llegado el vencimiento del periodo inicial, y asimismo en los sucesivos que presente el contrato, la prima se regularizará anualmente en base a las variaciones que experimente la plantilla del tomador del seguro y que deberán ser comunicadas por éste a la Mutualidad.

La regularización anual de la prima se calculará conforme a las estipulaciones siguientes:

1. **El Tomador del seguro o el Asegurado, en el plazo de sesenta días antes del día anterior al término de cada periodo objeto de regularización, deberá facilitar a la Mutualidad los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima, conforme a las variaciones que experimente la plantilla del tomador del seguro. Si el Tomador del Seguro no ha sufrido ninguna variación en la plantilla, éste no está obligado a comunicarlo, aplicando la Mutualidad igual número de trabajadores que el periodo vencido, para el cálculo de la prima.**
La Mutualidad regularizará la prima para el periodo en cuestión, en base al promedio mensual de trabajadores resultante, cuya cifra coincidirá con el número de trabajadores relacionados en el documento RNT -Relación Nominal de Trabajadores.
2. **Con esta información, la Mutualidad procederá a la regularización de la prima del periodo vencido, mediante la siguiente fórmula:**
 - Sumatorio de los doce meses, calculando mes a mes el número de asegurados *prima neta de cada asegurado / 12
 - Del total del sumatorio se deducirá la prima neta de la anualidad.
 - Del resultado total, si la diferencia es positiva se emitirá el oportuno recibo de prima a favor de la Mutualidad y si es negativa un recibo de extorno a favor del Tomador del Seguro, en este último caso, el tomador deberá aportar los documentos RNT -Relación Nominal de Trabajadores e información adicional para la acreditación del mismo.
 - **Si transcurridos doce (12) meses desde la renovación de la póliza, la prima no ha sido regularizada por causas imputables al tomador de la misma, la Mutualidad podrá optar por emitir el recibo de regularización o bien por omitir su emisión.**
3. La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima mínima establecida en la entrada en vigor de la póliza.
4. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar a la Mutualidad todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos. La Mutualidad tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima está calculada, especialmente en los casos en que el Tomador del seguro no facilitase la información relativa al promedio de sus asegurados (documentos RNT -Relación Nominal de Trabajadores-, Vida Laboral de la empresa, etc.). Si las inspecciones han sido motivadas por el incumplimiento del deber establecido en el apartado primero, la Mutualidad podrá exigir el pago de los gastos causados por dichas inspecciones.
Asimismo, la Mutualidad podrá solicitar cuanta información sea necesaria en aras a comprobar el riesgo dimanante de la regularización de la plantilla, en este sentido, podrá solicitar anualmente la Vida Laboral de la empresa tomadora del contrato.
5. Si se produce un siniestro habiéndose incumplido el apartado primero por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) **Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador o del Asegurado, la Mutualidad quedará liberada de su prestación por los siniestros ocurridos en el periodo al que se refiere la regularización no efectuada o que se halla pendiente de pago.**
 - b) **Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas distintas a la Mala fe del tomador o del asegurado, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.**
 - c) **El impago de la prima emitida por la regularización anual del riesgo asegurado, comportará de forma inexorable la no cobertura del siniestro.**

9.5.- El tomador del seguro declara que, en el momento de formalizar la póliza, no se encuentra ninguna persona asegurada en situación de incapacidad temporal (incapacidad laboral transitoria, o invalidez provisional), derivada de accidente o enfermedad común o profesional.

En este sentido, Tomador del Seguro declarará expresamente aquellos asegurados que se encuentren en situación de incapacidad temporal, y la Mutualidad valorará si acepta o no la cobertura de éstos; en caso que la Mutualidad acepte la cobertura de asegurados en situación de incapacidad temporal, se aceptará en todo caso y de forma explícita en las Condiciones Particulares del contrato de seguro.

El tomador del seguro acepta expresamente que en los supuestos en que dentro del grupo asegurado se encuentre uno o más asegurados en situación de incapacidad temporal que no hayan sido declarados de forma expresa por el tomador del seguro, la Mutualidad no cubrirá ningún riesgo sobre los mismos, procediendo al extorno de la parte de prima correspondiente a favor del Tomador del seguro.

Asimismo, el tomador del seguro acepta expresamente que la Mutualidad no se hará cargo de ningún siniestro que se derive de accidente o enfermedad cuya fecha de ocurrencia sea anterior a la fecha de efecto del presente contrato. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

Artículo 10. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Pago de la prima

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

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

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

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

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

En caso de que el asegurado contribuya al coste de la relación de protección, el asociado se obliga al pago total del recibo, sin que pueda oponer a la Mutuality excepción alguna por la falta de aquella contribución.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima inicial y, las regularizaciones de la misma que en su caso procedan, en la forma y plazos estipulados en las condiciones particulares o especiales de la póliza.

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

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

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

Artículo 11. CAPITAL ASEGURADOS

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

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

Artículo 12. 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 Mutuality 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 en las siguientes circunstancias: Cuando el asegurado se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. tal como se indica en el Anexo II de esta póliza.

Artículo 13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

Asimismo, si después de fijada la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, 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.

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 la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.
- a.6) Cualquier otro documento que la Mutuality considere necesario.

b) Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados:

- 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 Mutualidad 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.

Artículo 14. DOCUMENTOS INDIVIDUALES DE INSCRIPCIÓN

La Mutualidad emitirá para cada asegurado, previa petición del tomador, el correspondiente documento individual de inscripción, en el que se harán constar inicialmente los capitales asegurados, designación de beneficiarios y particularidades de las modalidades del seguro contratado.

Artículo 15. DECLARACIÓN, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO**15.1 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.

El Tomador del Seguro declarará expresamente aquellos asegurados que se encuentren en situación de incapacidad temporal, y la Mutualidad valorará si acepta o no la cobertura de éstos; en caso que la Mutualidad acepte la cobertura de asegurados en situación de incapacidad temporal, se aceptará en todo caso y de forma explícita en las Condiciones Particulares del contrato de seguro.

En los supuestos en que dentro del grupo asegurado se encuentre uno o más beneficiarios en situación de incapacidad temporal que no hayan sido declarados de forma expresa por el tomador del seguro, la Mutualidad no cubrirá ningún riesgo sobre los mismos, procediendo al extorno de la parte de prima correspondiente a favor del Tomador del seguro.

Si el siniestro sobreviene antes de la declaración a la Mutualidad, ésta quedará exenta del pago de la prestación. Asimismo, si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

15.2 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.

15.3 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 16. DERECHOS Y OBLIGACIONES

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

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

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

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

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

Artículo 17. 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

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

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

1.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.

2.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.consorsegueros.es)

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

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

III. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

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

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del 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: 900 222 665.

Artículo 18. NORMATIVA APLICABLE

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

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

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

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

Artículo 19. 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 sobreeseguro 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 20. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad, siendo ésta la responsable de los mismos. Los datos serán tratados de forma automatizada tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Dicho fichero contendrá, además, las informaciones que comuniquen sus colaboradores, como médicos o personal sanitarios, mediadores y otros, y tendrá por finalidad la prestación aseguradora suscrita en este contrato. No obstante se advierte que dichas personas o entidades colaboradoras serán los responsables de los datos serán de su exclusiva responsabilidad, debiendo Usted dirigirse a las mismas para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos, declinando Previsora General cualquier responsabilidad al respecto.

3. El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresa al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto manifestara su oposición a la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

4. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático. A tal efecto se dirigirá por escrito a Previsora General, C. Ausiàs Marc, 117 de Barcelona (C. P. 08013), indicando en el asunto del mensaje "Protección de Datos – Ejercicio de Derechos".

5.- Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas.

6. Conforme al artículo 24 LOSSP la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

7. Así mismo, tenemos su consentimiento para ceder sus datos a las empresas pertenecientes del grupo. En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, solicitamos su consentimiento para poderle enviar información relacionada con nuestros productos o servicios que consideremos pueda ser de su interés, ya sea por correo postal o electrónico, por parte de PREVISORA GENERAL y/o de empresas del grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

- ☐ He leído y acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.
- ☐ He leído y no acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

Podrá revocar su consentimiento, en cualquier momento, dirigiéndose al siguiente correo electrónico: lopd@previsorageneral.com.

Artículo 21. 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 22. JURISDICCIÓN

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

Artículo 23. 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.
- Menisopatías (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**LIMITACIÓN 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.