

Article 1. DEFINICIONS

Mutualitat

PREVISORA GENERAL, Mutualitat de Previsió Social a Prima Fixa, CIF V-58782145, amb domicili social a Barcelona, al carrer Ausiàs Marc, 117 i titular del domini d'Internet www.previsorageneral.com.

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

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

Acte mèdic

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

Accident

Qualsevol esdeveniment ocorregut durant la vigència d'aquesta pòlissa derivat d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'assegurat.

Assegurat

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

Associat

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

Beneficiari

És la persona a favor de la qual, en un contracte d'assegurança sobre la vida, s'estableix el dret a percebre un capital o una renda, o altres prestacions convingudes per al cas de mort o de supervivència de l'assegurat, o de tots dos casos conjuntament.

Data d'efecte

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

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

Incapacitat Permanent

S'entén com a tal la situació del treballador que, després d'haver estat sotmès al tractament prescrit i d'haver estat donat d'alta mèdicament, presenta reduccions anatòmiques o funcionals greus, susceptibles de determinació objectiva i previsiblement definitives, que disminueixen o anul·len la seva capacitat laboral.

Pòlissa

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

Prima

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

Sinistre

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

Prenedor

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

Urgència vital

A l'efecte d'aquesta pòlissa, s'entendrà per urgència vital tota situació clínica derivada d'un accident cobert que comporti risc de mort o de seqüela funcional greu per a l'assegurat i que requereixi assistència mèdica immediata i inajornable, de manera que no sigui raonablement possible acudir prèviament a un centre mèdic concertat per la Mutualitat.

Article 2. COBERTURA

En cas d'accident, la Mutualitat garanteix a l'assegurat, o als corresponents beneficiaris, el pagament de les indemnitzacions contractades per als supòsits d'incapacitat, temporal o permanent, o mort de l'assegurat.

Les despeses d'assistència sanitària provocades per l'accident, van a compte de la Mutualitat, sempre que se n'hagi estipulat la cobertura expressament i amb els límits establerts en aquest condicionat.

Les garanties contractades donen cobertura a accidents ocorreguts a tot el món sempre que el domicili habitual de l'assegurat estigui a Espanya i no romanguí fora de la residència més de 180 dies consecutius.

- Les cobertures de subsidi diari per incapacitat temporal i assistència sanitària per accident s'apliquen únicament quan l'assegurat estigui a Espanya.
- La cobertura de subsidi diari per incapacitat temporal requereix la confirmació d'un metge amb exercici a Espanya i la corresponent comunicació de baixa emesa a Espanya

Article 3. GARANTIES DE LA COBERTURA

La Mutualitat assumeix la cobertura de les garanties que hagin estat contractades particularment entre les que s'indiquen a continuació:

1. Mort. En cas de defunció de l'assegurat a conseqüència d'un accident cobert, la Mutualitat satisfà al beneficiari el capital establert a aquest efecte.

2. Gran invalidesa. En cas de gran invalidesa sobrevinguda a l'assegurat a conseqüència d'un accident cobert, la Mutualitat s'obliga a pagar el capital establert a aquest efecte.

Es considera com a gran invalidesa la situació del treballador afectat per una incapacitat permanent irreversible i que, a conseqüència de pèrdues anatòmiques o funcionals, necessita l'assistència d'una altra persona per als actes més essencials de la vida, com ara vestir-se, desplaçar-se menjar o altres d'anàlegs.

3. Incapacitat permanent absoluta. En cas d'incapacitat permanent absoluta sobrevinguda a l'assegurat a conseqüència d'un accident cobert, la Mutualitat s'obliga a pagar el capital establert a aquest efecte.

S'entén per incapacitat permanent absoluta la que inhabilita el treballador, de forma irreversible, per a qualsevol professió o ofici.

4. Incapacitat permanent total per a la professió habitual. En cas d'incapacitat permanent total per a la professió habitual, ocorreguda a l'assegurat com a conseqüència d'un accident cobert, la Mutualitat s'obliga a pagar el capital que s'estableix per això.

Per incapacitat permanent total per a la professió habitual s'ha d'entendre la que inhabilita el treballador, de forma irreversible, per a la realització de totes les tasques o de les tasques fonamentals d'aquesta professió, sempre que es pugui dedicar a una altra de diferent.

5. Incapacitat permanent

a) En cas que la incapacitat permanent declarada irreversible, ho sigui en el grau de total per a la professió habitual, absoluta o gran invalidesa, la Mutualitat s'obliga a pagar el cent per cent del capital pactat per a aquesta mena de garantia.

b) En el supòsit de declaració d'incapacitat permanent parcial irreversible, la indemnització que la Mutualitat paga és la que resulta de l'aplicació dels següents percentatges sobre el total del capital pactat per a aquesta mena de garantia:

	Dret		Esq.
Cicatrius doloroses i/o neuràlgies		2%	
Epilèpsia		8%	
Anòsmia		8%	
Ablació de globus ocular		20%	
Ptosi palpebral unilateral		4%	
Ptosi palpebral bilateral		10%	
Hemianòpsia perifèrica		10%	
Hemianòpsia central		15%	
Pèrdua de visió a un ull		25%	
Pèrdua total de la visió		60%	
Sordesa completa d'una orella		6%	
Sordesa total		40%	
Síndrome vertiginós		6%	
Hèrnies discals amb simptomatologia		15%	
Rigidesa cervical		5%	
Rigidesa dorsolumbar (disminució < del 30%)		8%	

	Dret		Esq.
Rigidesa dorsolumbar (disminució < del 30%)		15%	
Limitació de la mobilitat escapulohumeral fins al 25%		5%	
Limitació de la mobilitat escapulohumeral fins al 50%		10%	
Limitació de la mobilitat escapulohumeral superior al 50%		15%	
Limitació de la mobilitat del colze fins al 25%		3%	
Limitació de la mobilitat del colze fins al 50%		8%	
Limitació de la mobilitat del colze superior al 50%		12%	
Limitació de la mobilitat del canell fins al 25%		2%	
Limitació de la mobilitat del canell fins al 50%		5%	
Limitació de la mobilitat del canell superior al 50%		8%	
Limitació de la mobilitat del genoll fins al 50%		6%	
Limitació de la mobilitat del genoll superior al 50%		10%	
Limitació de la mobilitat del turmell fins al 25%		2%	
Limitació de la mobilitat del turmell fins al 50%		4%	
Limitació de la mobilitat del turmell superior al 50%		6%	
Limitació de la mobilitat dels dits dels peus fins al 25%		0,5%	
Limitació de la mobilitat dels dits dels peus fins al 50%		0,5%	
Limitació de la mobilitat dels dits dels peus superior al 50%		0,5%	
Pèrdua total de l'extremitat superior	70%		60%
Pèrdua total d'un avantbraç	60%		50%
Pèrdua total d'una mà	50%		40%
Pèrdua total del polze	10%		5%
Pèrdua total d'un dit de la mà (que no sigui el polze)	8%		4%
Pèrdua total de cada falange distal i/o mitja mà	2%		1%
Pèrdua total de l'extremitat inferior		50%	
Pèrdua total de la cama		40%	
Pèrdua total del peu		30%	
Pèrdua total del dit gros del peu		4%	
Pèrdua total d'un altre dit del peu		1%	
Pèrdua total d'una falange d'un dit del peu		0,5%	

- La pèrdua absoluta i irremeiable de la funcionalitat d'un òrgan o d'una extremitat es considera com la pèrdua anatòmica d'aquest. En els casos de disminució de la seva funció, el percentatge indicat anteriorment es redueix en proporció al grau de funcionalitat perduda.

- En cas de pèrdua anatòmica o funcional de més d'un òrgan o extremitat, la indemnització s'estableix per la suma dels percentatges corresponents a cada lesió particular, dins del límit màxim del 100%.

- En cas d'invalidesa permanent parcial no indicada als casos anteriors, la indemnització s'estableix per analogia amb els supòsits contemplats anteriorment.

6. Incapacitat temporal. En el supòsit d'incapacitat temporal a conseqüència d'un accident cobert, la Mutualitat s'obliga a pagar la indemnització diària contractada d'acord amb les següents normes:

- a) Es percep una indemnització diària en cas d'accident durant un màxim de tres-cents seixanta-cinc (365) dies, amb els límits establerts als annexos d'aquest condicionat per a determinats accidents.
- b) La indemnització per incapacitat temporal s'abona a partir de l'endemà de la presentació de la baixa laboral a les oficines de la Mutualitat.

7. Assistència sanitària. La Mutualitat té al seu càrrec les despeses d'assistència sanitària de l'assegurat, en cas d'accident cobert, fins al límit del capital establert en les condicions particulars i amb un termini màxim d'un any des de la data de l'accident.

A l'efecte d'aquesta garantia, la prestació d'assistència sanitària s'ajustarà a les condicions previstes en els apartats següents:

a) Centres concertats

No quedaran cobertes l'assistència sanitària, les proves diagnòstiques, els tractaments, les intervencions o els actes mèdics realitzats en centres no concertats sense l'autorització prèvia i expressa de Previsora General, excepte la primera assistència sanitària urgent en cas d'urgència vital, i únicament dins del límit temporal de les primeres 24 hores, en els termes prevists en aquesta clàusula.

b) Cobertura dental

Queden incloses en la garantia d'Assistència Sanitària les despeses següents derivades directament d'un accident cobert per la pòlissa: el tractament odontològic i/o la pròtesi dental fins a un màxim de 500 € per assegurat i anualitat.

Perquè Previsora General aboni les despeses de tractament odontològic i/o pròtesi dental, serà necessari aportar:

- Factura acreditativa de la despesa, degudament abonada per l'assegurat, els seus representants legals o el prenedor.
- Informe mèdic conforme ha rebut assistència sanitària.
- Comunicat d'accident, signat pel prenedor de la pòlissa.
- Si escau, prescripció facultativa del tractament odontològic i/o pròtesi dental.

c) Urgència vital

En cas d'urgència vital, l'assegurat podrà rebre la primera assistència sanitària en el centre mèdic o hospitalari més proper al lloc on s'hagi produït l'accident, encara que no pertanyi al quadre mèdic concertat de la Mutualitat.

Previsora General assumirà exclusivament les despeses derivades de l'assistència sanitària urgent prestada durant les primeres 24 hores des que s'hagi produït l'accident cobert, incloses, si escau, les despeses de trasllat sanitari urgent mitjançant ambulància o qualsevol altre mitjà de transport que sigui mèdicament necessari i proporcionat a la gravetat de la urgència vital.

Transcorregut aquest termini de 24 hores, i sempre que l'estat clínic de l'assegurat ho permeti, s'haurà de procedir al trasllat de l'assegurat a un centre mèdic concertat per la Mutualitat per continuar el tractament. El prenedor o l'assegurat hauran de comunicar a Previsora General, de manera immediata i dins de les primeres 24 hores des que s'hagi produït l'accident cobert, l'assistència sanitària urgent rebuda en un centre no concertat. No seran a càrrec de Previsora General les despeses derivades de la permanència, la continuïtat assistencial, els tractaments, les proves, les intervencions, l'hospitalització o els trasllats en centres o mitjans no concertats un cop transcorregut aquest termini de 24 hores, excepte autorització prèvia i expressa de la Mutualitat o impossibilitat mèdica justificada de trasllat.

d) Despeses no incloses en aquesta garantia:

No quedaran cobertes les despeses de desplaçament en qualsevol mitjà, excepte en cas d'urgència vital o d'autorització prèvia i expressa de la Mutualitat.

No tindran la consideració de trasllat sanitari urgent els desplaçaments ordinaris, de seguiment, revisió, rehabilitació, retorn al domicili o assistència programada, excepte autorització prèvia i expressa de la Mutualitat.

No quedaran cobertes les despeses farmacèutiques, els aparells ortopèdics i terapèutics ni les pròtesis.

Article 4. MODALITATS

Les cobertures que s'han descrit anteriorment es poden contractar en qualsevol de les següents modalitats:

1. Modalitat activitat professional. Les garanties queden limitades als accident que pot patir l'assegurat durant l'exercici de la seva professió, ofici o feina habitual. També s'entén que estan coberts els accident denominats *in itinere*, és a dir, els que es produeixen durant el desplaçament des del domicili de l'assegurat fins al seu lloc de treball habitual.

En qualsevol cas, és necessari que el corresponent organisme de la Seguretat Social, una mútua d'accidents laborals o una sentència judicial ferma, faci un reconeixement previ d'aquest accident.

2. Modalitat vida privada. Les garanties queden limitades als accidents extraprofessionals o extralaborals, és a dir, els que ocorren a la vida particular i privada de l'assegurat i, per tant, en queden exclosos els que es puguin produir en l'exercici d'activitats laborals, professionals o empresarials.

3.- Modalitat 24 hores. Les garanties s'estenen als accidents ocorreguts tant durant la vida privada com en el curs de l'activitat professional de l'assegurat (és a dir, durant les 24 hores del dia).

Article 5. MALALTIA PROFESSIONAL

S'entén per malaltia professional la que es contrau a conseqüència de la feina realitzada per compte d'altri, que ha estat declarada com a tal pel corresponent organisme de la Seguretat Social o judicial.

La Mutualitat cobreix la mort o la incapacitat permanent derivades de la malaltia professional que l'assegurat pateix sempre que hi hagi una contractació expressa d'aquesta contingència.

Article 6. RISCS EXCLOSOS

Queden exclosos:

- a) Els accidents provocats intencionadament per l'assegurat, així com per la participació d'aquest en apostes, desafiaments o baralles, llevat en els casos provats de legítima defensa o de temptativa de salvament de persones o béns. També s'exclouen els accidents que es derivin d'actes notòriament perillosos no justificats per necessitat professional i els causats per actuacions tumultuàries produïdes en el curs de reunions i manifestacions.
- b) Els accidents derivats d'actes dolorosos comesos per l'assegurat i/o beneficiari, en els quals aquest tingui una participació penal de manera directa o indirecta.
- c) Els accidents soferts per l'assegurat en situació de pertorbació mental o estant sota els efectes de l'alcohol, drogues, estupefaents o fàrmacs, actes d'autolesió, així com les conseqüències d'actes suïcides.
- d) Les lesions conseqüència d'intervencions quirúrgiques o tractaments mèdics no motivats per un accident cobert per aquesta secció.
- e) Les hèrnies de la paret abdominal i discals, així com les contractures de qualsevol mena, cervicàlgies, dorsàlgies i lumbàlgies sigui quin sigui llur origen.
- f) Les conseqüències d'accidents o malalties originats anteriorment a l'entrada en vigor d'aquest contracte o l'agreuament d'aquests.
- g) Els accidents ocorreguts a causa de la conducció de vehicles de motor si l'assegurat no posseeix l'autorització administrativa corresponent o bé si no té cap assegurança obligatòria d'aquest vehicle.
- h) Els produïts per conflictes armats, encara que no hi hagi declaració oficial de guerra i derivats de fets de caràcter polític o social. També queden excloses les conseqüències directes o indirectes de la reacció o radiació nuclear o contaminació radioactiva o química.
Els fets de caràcter polític o social són aquells esdeveniments imprevisibles a curt i/o mig termini, com ara, els alçaments col·lectius violents, les epidèmies i pandèmies i les provocades per situacions d'elevada pol·lució i/o contaminació atmosfèrica.
- i) Els accidents que estiguin coberts pel Consorci de Compensació d'Assegurances.

Article 7. RISCS EXCLOSOS TRET QUE HI HAGI UN PACTE CONTRARI

Queden exclosos de la cobertura d'aquesta secció els accidents derivats de:

- a) La pràctica professional de qualsevol esport.

b) La pràctica com aficionat d'activitats d'alt risc com el toreig i correbous, de la pràctica d'esports perillosos, tals com el busseig, el bobsleigh, la boxa, l'escalada, les carreres de vehicle a motor, rugbi, quad, espeleologia, parapent, activitats aèries no autoritzades per al transport públic de viatgers, activitats de navegació en aigües braves i en qualsevol altra circumstància de risc, puenting, barranquisme, inclosos els entrenaments i qualsevol altra pràctica manifestament perillosa.

c) La participació en competicions o tornejos organitzats per federacions esportives o organismes similars.

No obstant això, si hi hagués un pacte exprés, establert de manera particular, la Mutualitat cobriria aquests accidents. Sempre que s'acorda aquesta cobertura la prima que el prenedor ha de satisfer incrementa degudament, amb la finalitat que la Mutualitat pugui assumir aquesta cobertura. En cas d'impagament d'aquest increment, és d'aplicació el que s'estableix per als impagaments de prima.

Article 8. DURADA

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

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

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

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

Article 9. REQUISITS DEL GRUP ASSEGURAT

9.1. L'edat mínima d'entrada al grup asseguable és de catorze (14) anys d'edat per a la cobertura de mort. Les indemnitzacions per aquest concepte per als assegurats menors de 14 anys d'edat, tenen la consideració de despeses de sepeï.

Les altes són originades per les incursions a la relació d'assegurats de les persones que, pel fet de pertànyer al grup asseguable, satisfan les condicions d'adhesió en un moment posterior al de l'entrada en vigor de la relació de protecció.

9.2. . Les baixes tenen lloc per alguna de les causes següents:

- a) Pagament del capital en cas de defunció de l'assegurat
- b) Pagament d'una indemnització per incapacitat equivalent al cent per cent (100%) del capital pactat
- c) Compliment de l'edat de sortida de l'assegurança, el límit de la qual és de (70) anys.
- d) Sortida del grup asseguat per una causa diferent de les anteriors

9.3. L'associat està obligat a notificar a la Mutualitat les variacions que es produeixin respecte dels assegurats, fins i tot a l'efecte d'emplenar les pertinents altes o baixes, tot en el termini de set (7) dies després que s'hagin produït aquestes variacions. Els assegurats tenen dret a la cobertura dels riscos coberts a partir de la data de comunicació d'alta de cada un d'ells a l'Entitat Asseguradora.

9.4. .-En cas que l'associat sigui una empresa, i es doni cobertura a tots els empleats, s'aplicarà aquest precepte i no s'aplicaran els punts 9.1, 9.2 i 9.3.

Els assegurats són els treballadors de l'empresa prenedora de l'assegurança que es trobin en situació d'alta a la Seguretat Social i, per tant, inclosos al document RNT-Relació Nominal de Treballadors, document oficial relatiu a la Seguretat Social dels treballadors per compte d'altri que, l'empresa té afiliats i representa les seves relacions nominals respecte a les seves bases de cotització.

No quedaran emparats per la pòlissa aquells assegurats que a l'acabament del període d'assegurança compleixin l'edat de 70 anys, extingint-se automàticament les garanties de la pòlissa per a aquestes persones. No obstant això, la cobertura del risc pot ser prorrogada segons unes condicions especials i de comú acord entre les dues parts

Si l'empresa prenedora, en un mateix centre de treball tingués donats d'alta més d'un CCC, la Mutualitat només donarà cobertura a aquells CCC que li hagin estat comunicats de forma fefaent i, per tant constin expressament a la pòlissa subscrita o bé en els seus suplementos.

El CCC és el codi de compte de cotització de les empreses, és un codi numèric que la Tresoreria General de la Seguretat Social assigna als empresaris i altres subjectes responsables del pagament de quotes al Sistema de la Seguretat Social.

Arribat el venciment del període inicial, i així mateix en els successius que presenti el contracte, la prima es regularitzarà anualment en base a les variacions que experimenti la plantilla del prenedor de l'assegurança i que ha de comunicar aquest a la Mutualitat.

La regularització anual de la prima es calcularà d'acord amb les estipulacions següents:

1. El prenedor de l'assegurança o l'assegurat, en el termini de seixanta dies abans del dia anterior al final de cada període objecte de regularització, ha de facilitar a la Mutualitat les dades i documents necessaris per procedir a la regularització de la prima, d'acord a les variacions que experimenti la plantilla del prenedor de l'assegurança. Si el prenedor de l'assegurança no ha sofert cap variació en la plantilla, aquest no està obligat a comunicar-ho, aplicant la Mutualitat igual nombre de treballadors que el període vençut, per al càlcul de la prima.

La Mutualitat regularitzarà la prima per al període en qüestió, en base a la mitjana mensual de treballadors resultant, la xifra coincidirà amb el nombre de treballadors relacionats en el document RNT-Relació Nominal de Treballadors.

2. Amb aquesta informació, la Mutualitat procedirà a la regularització de la prima del període vençut, mitjançant la següent fórmula:

- Sumatori dels dotze mesos, calculant mes a mes el nombre d'assegurats * prima neta de cada assegurat / 12
- Del total del sumatori es deduirà la prima neta de l'annualitat.
- Del resultat total, si la diferència és positiva s'emetrà l'oportú rebut de prima a favor de la Mutualitat i si és negativa un rebut de extorn a favor de prenedor de l'assegurança, previ requeriment de la documentació necessària per a l'acreditació del mateix.
- **Si transcorreguts dotze mesos (12) des de la renovació de la pòlissa, la prima no ha estat regularitzada per causes imputables al beneficiari de la mateixa, la Mutualitat podrà optar per emetre el rebut de regularització o bé per ometre l'emissió d'aquest rebut de regularització.**

3. La prima resultant de la regularització no podrà ser inferior a la prima mínima establerta a l'entrada en vigor de la pòlissa.
4. El prenedor de l'assegurança o l'assegurat han de facilitar a la Mutualitat totes les informacions, aclariments i proves necessàries per al coneixement i comprovació de les referides dades. La Mutualitat tindrà, en qualsevol moment, el dret de practicar inspeccions per a la verificació i esbrinament de les dades referents als elements i magnituds sobre els quals la prima està calculada, especialment en els casos en què el prenedor de l'assegurança no facilités la informació relativa a la mitjana dels seus assegurats (RNT-Relació Nominal de Treballadors, vida laboral de l'empresa, etc.). Si les inspeccions han estat motivades per l'incompliment del deure establert en l'apartat primer, la Mutualitat podrà exigir el pagament de les despeses causades per aquestes inspeccions.
5. Així mateix, la Mutualitat pot sol·licitar tota la informació que sigui necessària per tal de comprovar el risc que prové de la regularització de la plantilla, en aquest sentit, podrà sol·licitar anualment la vida laboral de l'empresa prenedora del contracte.
6. Si es produeix un sinistre havent incomplert l'apartat primer per omissió o inexactitud de la declaració del Prenedor o l'Assegurat, s'aplicaran les regles següents:
 - a) **Si aquesta omissió o inexactitud és motivada per mala fe del Prenedor o l'Assegurat, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva prestació pels sinistres ocorreguts en el període a què es refereix la regularització no efectuada o que es troba pendent de pagament.**
 - b) **Quan la inexactitud o omissió sigui motivada per qualsevol altres causes diferents a la Mala fe del prenedor o de l'assegurat, la prestació es reduirà proporcionalment a la diferència entre l'import de la prima calculada i la primera que realment hagués correspost aplicar en funció de les magnituds que serveixen de base per al seu càlcul.**
 - c) L'impagament de la prima emesa per la regularització anual del risc assegurat, comportarà de forma inexorable la no cobertura del sinistre.

9.5.-El prenedor de l'assegurança declara que, en el moment de formalitzar la pòlissa, no es troba cap persona assegurada en situació d'incapacitat temporal (incapacitat laboral transitòria, o invalidesa provisional), derivada d'accident o malaltia comuna o professional.

En aquest sentit, el prenedor de l'assegurança ha de declarar expressament aquells assegurats que es trobin en situació d'incapacitat temporal, i la Mutualitat valorarà si accepta o no la cobertura d'aquests; en cas que la Mutualitat accepti la cobertura d'assegurats en situació d'incapacitat temporal, s'acceptarà en tot cas i de forma explícita en les condicions particulars del contracte d'assegurança.

El prenedor de l'assegurança accepta expressament que en els supòsits en què dins del grup assegurat es trobi un o més

beneficiaris en situació d'incapacitat temporal que no hagin estat declarats de forma expressa pel prenedor de l'assegurança, la Mutualitat no cobrirà cap risc sobre els mateixos, procedint a l'extorn de la part de prima corresponent a favor del prenedor de l'assegurança.

Així mateix, el prenedor de l'assegurança accepta expressament que la Mutualitat no es farà càrrec de cap sinistre que es derivi d'accident o malaltia en que la data d'ocurrència sigui anterior a la data d'efecte del present contracte. Si el prenedor de l'assegurança ha obrat de mala fe, la Mutualitat quedarà alliberada de la prestació corresponent.

Article 10. DE LA PRIMA DE L'ASSEGURANÇA

Pagament de la prima

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

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

sinistre, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva obligació.

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

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

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

En cas que l'assegurat contribueixi a pagar el cost de la relació de protecció, l'associat s'obliga a pagar totalment el rebut sense que pugui oposar a la Mutualitat cap manera excepció per la falta de la contribució esmentada.

El prenedor de l'assegurança està obligat a pagar la prima inicial i les regularitzacions d'aquesta, si és el cas, de la manera i en els terminis estipulats a les condicions particulars o especials de la pòlissa.

L'assegurador, d'acord amb les seves bases tècniques, pot actualitzar anualment la prima, en funció de criteris estadístics i financers, i estableix l'equivalència actuarial per fixar la prima. En qualsevol cas, es tenen en compte els principis d'indivisibilitat, invariabilitat, suficiència i equitat.

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

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

Article 11. CAPITALS ASSEGURATS

El capital en cas de sinistre és els que s'estipula a la pòlissa. En cas que se sol·licitin reduccions o augments de capital, aquests entren en vigor el següent venciment de prima o facturació o a la data que estipulin les parts.

En cas que en un mateix sinistre resultin afectats dos o més assegurats, el total de les indemnitzacions abonades a tots els afectats no pot superar en cap cas la quantitat de tres milions (3.000.000.-) d'euros. En aquest supòsit, aquesta xifra màxima es distribueix proporcionalment entre els assegurats i/o els beneficiaris.

Article 12. LIMITACIONS A LA COBERTURA D'INCAPACITAT TEMPORAL

A) Les indemnitzacions diàries es deneguen en les següents circumstàncies:

A.1) Quan l'accidentat exerceixi una activitat que li proporcioni ingressos econòmics tot i estant de baixa o bé quan la Junta Directiva, previ informe mèdic, consideri que la pot exercir.

A.2) Quan l'accidentat no faciliti les inspeccions mèdiques que la Mutualitat consideri oportunes o no aporti els certificats mèdics que aquesta sol·liciti, així com els corresponents comunicats de confirmació.

A.3) Quan la situació de baixa sigui conseqüència d'un accident originat anteriorment a l'entrada en vigor d'aquesta prestació.

A.4) En cas de reserva o inexactitud en el moment d'emplenar el qüestionari de salut que s'adjunta a la sol·licitud d'ingrés, si hi va haver engany o culpa greu.

A.5) Quan els comunicats de baixa i alta es lliurin a la Mutualitat en el mateix moment, és a dir, un cop acabada la situació de baixa.

A.6) Quan, en el moment de l'accident, l'assegurat no es troba totalment al corrent de les primes. El fet de posar-se al corrent del pagament posteriorment a la denegació del subsidi per aquesta causa, no dóna dret a cobrar-lo.

B) Les indemnitzacions diàries finalitzen en les següents circumstàncies:

b.1) Quan l'accidentat sigui donat d'alta pel el facultatiu responsable del seu o pel metge inspector de la Mutualitat.

b.2) Quan la patologia es mantingui perquè l'assegurat no se sotmet a intervenció quirúrgica o perquè no segueix el tractament prescrit pel metge responsable del seu tractament.

b.3) En el supòsit que en el moment que el metge inspector de la Mutualitat vagi al domicili de l'accidentat i aquest no hi sigui, el metge deixa notificació de la seva visita, i l'accidentat disposa d'un termini de 24 hores, llevat que tingui una causa justificada, per informar la Mutualitat sobre la seva situació, amb vista al seguiment del seu sinistre. En cas que no es rebin notícies seves en el termini previst, s'assumeix l'acabament de la baixa laboral i es posa fi a la meritació del subsidi que fins a aquell moment s'estava percebent.

c) Les indemnitzacions diàries se suspeneixen en les següents circumstàncies: Quan l'assegurat es trobi en una llista d'espera per a intervenció, proves, tractament, etc. tal com s'indica a l'annex II a d'aquesta pòlissa.

Article 13. PAGAMENT D'INDEMNITZACIONS

Un mateix accident no dóna dret simultàniament a les indemnitzacions per al cas de mort i d'incapacitat permanent en qualsevol dels graus possibles. Si un cop liquidada la indemnització per incapacitat temporal s'esdevé una incapacitat permanent en qualsevol dels graus possibles o mort, les quantitats percebudes en concepte d'incapacitat temporal es consideren a compte de la cobertura d'incapacitat permanent o mort.

Així mateix, si després que s'hagi fixat la incapacitat permanent en qualsevol dels graus possibles s'esdevé la mort de l'assegurat, les quantitats satisfetes per la Mutualitat per aquest concepte es consideren a compte de la cobertura de mort.

A la sol·licitud d'indemnització s'han d'adjuntar els documents justificatius que, segons correspon a cada cas, s'indiquen a continuació:

a) Mort:

a.1) Certificat del metge que ha atès l'assegurat on es detallen les circumstàncies i causes de la defunció, així com l'autòpsia, si és el cas, i l'informe d'atestats, etc.

a.2) Certificat en extracte d'inscripció de defunció al Registre Civil.

a.3) Documents que acreditin la personalitat i, si és el cas, la condició de beneficiari (DNI, etc.).

a.4) Certificat Oficial d'Últimes Voluntats i últim testament o, si no n'hi ha, declaració abintestat d'hereus amb la finalitat d'acreditar la condició de beneficiari.

a.5) Carta d'exempció de l'impost sobre successions o de la liquidació, si escau, degudament emplenada per la delegació d'Hisenda.

a.6) Qualsevol altra document que la Mutualitat consideri necessari

b) Incapacitat permanent en qualsevol dels graus possibles:

b.1) Certificat mèdic de la Seguretat Social en el qual es determina la data en què va succeir l'accident i s'evidenciï el tipus d'incapacitat que n'ha resultat.

b.2) Resolució de l'INSS en la qual es declara la situació d'incapacitat i el grau d'aquesta; així com el dictamen/proposta de l'organisme públic competent i, si és el cas, la sentència judicial ferma.

b.3) Qualsevol altra document que la Mutualitat consideri necessari

c) Incapacitat temporal:

Els comunicats de baixa i alta laboral, en què consta el diagnòstic, emesos per la Seguretat Social o bé pel metge que assisteixi el pacient en cas que es trobi en un sistema alternatiu al de la Seguretat Social, que determinin aquesta incapacitat.

d) Assistència sanitària:

L'Assistència sanitària garantida a la pòlissa es donarà en el quadre mèdic concertat per la Mutualitat; l'accés a aquest quadre mèdic s'explicarà en el comunicat d'accidents vigent.

Article 14. DOCUMENTS INDIVIDUALS D'INSCRIPCIÓ

La Mutualitat emet per a cada assegurat, prèvia petició del prenedor, el corresponent document individual d'inscripció, en el qual es fan constar inicialment els capitals assegurats, la designació de beneficiaris i les particularitats de les modalitats de l'assegurança contractada.

Article 15. DECLARACIÓ, DISMINUCIÓ I AGREUJAMENT DEL RISC

15.1 Valoració del risc. –

Abans de la subscripció del contracte, el prenedor de l'assegurança té el deure de declarar a la Mutualitat, d'acord amb el qüestionari que aquesta li sotmeti, totes les circumstàncies per ell conegudes que influeixin en la valoració del risc, i que quedin compreses en ell. La Mutualitat podrà rescindir el contracte mitjançant declaració dirigida al prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, a comptar des del coneixement de la reserva o inexactitud del prenedor de l'assegurança.

El prenedor de l'assegurança ha de declarar expressament aquells assegurats que es trobin en situació d'incapacitat temporal, i la Mutualitat valorarà si accepta o no la cobertura d'aquests; en cas que la Mutualitat accepti la cobertura d'assegurats en situació d'incapacitat temporal, s'acceptarà en tot cas i de forma explícita en les condicions particulars del contracte d'assegurança.

En els supòsits en què dins del grup assegurat es trobi un o més beneficiaris en situació d'incapacitat temporal que no hagin estat declarats de forma expressa pel prenedor de l'assegurança, la Mutualitat no cobrirà cap risc sobre els mateixos, procedint a l'extorn de la part de prima corresponent a favor del prenedor de l'assegurança.

Si el sinistre sobreve abans de la declaració a la Mutualitat, aquesta quedarà exempta del pagament de la prestació. Així mateix, si el prenedor de l'assegurança ha obrat de mala fe, la Mutualitat quedarà alliberada de la prestació corresponent.

15.2 Agreuament del risc. -

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

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

igualment rescindir el contracte comunicant-ho per escrit al prenedor de l'assegurança en un mes a partir del dia que va tenir coneixement de l'agreujament del risc.

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

15.3 Disminució del risc. -

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

Article 16. DRETS I OBLIGACIONS

El Mutualista haurà de comunicar qualsevol canvi de domicili, per tal que la Mutualitat, de mutu acord amb aquell, pugui adequar el servei (amb la prima o quota consegüent) a la localitat de la seva nova residència, així com per facilitar, si escau, el canvi de domicili de cobrament. En cas contrari, no es pot imputar a la Mutualitat, l'incompliment d'aquestes obligacions, i el mutualista incórrer, per aquesta causa, en

l'impagament de primes o quotes. No obstant això, la manca de comunicació no impedirà que, de conformitat amb l'article 24 de la Llei de contracte d'assegurança, en tot cas sigui el jutge competent per al coneixement de les accions derivades del contracte d'assegurança el del nou domicili.

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

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

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

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

Article 17. CLÀUSULA D'INDEMNITZACIÓ PEL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES DE LES PÈRDUES DERIVADES D'ESDEVENIMENTS EXTRAORDINARIS Resolució de la DGS de 28 de març de 2018. BOE 16 d'abril de 2018

ANNEX II.B

Conformement al que estableixen els articles 6 i 8 de l'Estatut legal del Consorci de Compensació d'Assegurances, aprovat per l'article 4t de la Llei 21/1990, de 19 de desembre (BOE de 20 de desembre), el prenedor d'un contracte d'assegurança dels que obligatòriament han d'incorporar recàrrec a favor de l'esmentada entitat pública empresarial, esmentats a l'article 7 del mateix Estatut legal, té la facultat de convenir la cobertura dels riscos extraordinaris amb qualsevol entitat asseguradora que reuneixi les condicions que exigeix la legislació vigent.

Les indemnitzacions derivades de sinistres produïts per esdeveniments extraordinaris ocorreguts a Espanya i també els ocorreguts a l'estranger quan el prenedor de la pòlissa tingui la residència habitual a Espanya, les paga el Consorci de Compensació d'Assegurances si l'assegurat ha satisfet, al seu torn, els corresponents recàrrecs al seu favor i es produïu alguns de les següents situacions:

- a) Que el risc extraordinari cobert pel Consorci de Compensació d'Assegurances no estigui emparat per la pòlissa d'assegurança contractada amb l'entitat asseguradora.
- b) Que, malgrat que estigués emparada per la pòlissa d'assegurança, les obligacions de l'entitat asseguradora no es poguessin complir perquè s'ha declarat judicialment en concurs (Llei 22/2003, de 9 de juliol, concursal), o perquè, com que l'entitat asseguradora es troba en una situació d'insolvència, està subjecta a un procediment de liquidació intervinguda o que l'hagués assumit el Consorci de Compensació d'Assegurances.

El Consorci de Compensació d'Assegurances ajusta la seva actuació al que disposa l'esmentat Estatut legal, en la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de Contracte d'Assegurances, en el Reglament de l'assegurança de riscos extraordinaris, aprovat pel Reial Decret 300/2004, de 20 de febrer i en les disposicions complementàries.

I. RESUM DE NORMES LEGALS

1. Esdeveniments extraordinaris coberts

S'entenen per esdeveniments extraordinaris:

- a) Els següents fenòmens de la naturalesa: terratrèmols i sismes submarins, inundacions extraordinàries (inclosos els embats del mar), erupcions volcàniques, tempestes ciclòniques atípiques (inclosos els vents extraordinaris amb ràfegues superiors als 135 km/h, i els tornados) i caiguda de cossos siderals i aeròlits.
- b) Els ocasionats violentament com a conseqüència del terrorisme, rebel·lió, sedició, motí i tumults populars.
- c) Fets o actuacions de les Forces armades o de les Forces o Cossos de seguretat en temps de pau.

Els fenòmens atmosfèrics i sísmics, d'erupcions volcàniques i la caiguda de cossos siderals es certificaran, a instància del Consorci de Compensació d'Assegurances, mitjançant informes expedits per l'Agència Estatal de Meteorologia (AEMET), l'Institut Geogràfic Nacional i els altres organismes públics competents en la matèria. En els casos d'esdeveniments de caràcter polític o social, així com en el supòsit de danys produïts per fets o actuacions de les Forces Armades o de les Forces o Cossos de Seguretat en temps de pau, el Consorci de Compensació d'Assegurances podrà demanar dels òrgans jurisdiccionals i administratius competents informació sobre els fets esdevinguts.

2. Riscos exclusos

- a) Els que no donin lloc a indemnització segons la Llei de contracte d'assegurança.
- b) Els ocasionats en persones assegurades per un contracte d'assegurança diferent dels casos en què és obligatori el recàrrec a favor del Consorci de Compensació d'Assegurances.
- c) Els produïts per conflictes armats, encara que no hi hagi declaració oficial de guerra.
- d) Els derivats de l'energia nuclear, sense perjudici del que estableix la Llei 12/2011, de 27 de maig, sobre responsabilitat civil per danys nuclears produïts per materials radioactius.

e) Els produïts per fenòmens de la naturalesa diferents dels que s'han anomenat a l'apartat 1.a) anterior, i en particular, els produïts per elevació del nivell freàtic, moviments de vessants, esllavissament o assentament de terres, despreniment de roques i fenòmens similars, llevat que fossin ocasionats manifestament per l'acció de l'aigua de la pluja que, al seu torn, hauria provocat a la zona una situació d'inundació extraordinària i es produïssin amb caràcter simultani a l'esmentada inundació.

f) Els causats per actuacions tumultuàries produïdes en el curs de reunions i manifestacions dutes a terme d'acord amb el que disposa la Llei orgànica 9/1983, de 15 de juliol, així com durant el transcurs de vagues generals, llevat que aquestes actuacions poguessin ser qualificades com a esdeveniments extraordinaris dels assenyalats a l'apartat 1.b) anterior.

g) Els causats per mala fe de l'assegurat.

h) Els corresponents a sinistres produïts abans del pagament de la primera prima o quan, d'acord amb el que estableix la Llei de contracte d'assegurança, la cobertura del Consorci de Compensació d'Assegurances es trobi suspesa o l'assegurança quedi extingida per falta de pagament de les primes.

i) Els sinistres que, per la seva magnitud i gravetat, estiguin qualificats pel Govern com a "catàstrofe o calamitat nacional".

3. Extensió de la cobertura

La cobertura dels riscos extraordinaris abasta les mateixes persones i sumes assegurades que s'hagin establert a les pòlisses d'assegurança a l'efecte de la cobertura dels riscos ordinaris.

En les pòlisses d'assegurança de vida que d'acord amb el que preveu el contracte, i de conformitat amb la normativa reguladora de les assegurances privades, generin provisió matemàtica, la cobertura del Consorci Compensació d'Assegurances es referirà al capital en risc per a cada assegurat, és a dir, a la diferència entre la suma assegurada i la provisió matemàtica que a l'entitat asseguradora que l'hagués emès hagi de tenir constituïda. L'import corresponent a la provisió matemàtica serà satisfet per l'esmentada entitat asseguradora.

II. COMUNICACIÓ DE DANYS AL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES

1. La sol·licitud d'indemnització de danys la cobertura de la qual correspongui al Consorci de Compensació d'Assegurances, s'efectuarà mitjançant comunicació al mateix pel prenedor de l'assegurança, l'assegurat o el beneficiari de la pòlissa o per qui actuï per compte i nom dels anteriors, o per l'entitat asseguradora o el mediador d'assegurances amb la intervenció del qual s'hagués gestionat l'assegurança.

2. La comunicació dels danys i l'obtenció de qualsevol informació relativa al procediment i a l'estat de tramitació dels sinistres podrà realitzar-se:

- Per mitjà de trucada al Centre d'Atenció Telefònica del Consorci de Compensació d'Assegurances (900 222 665 o 952 367 042),
- A través de la pàgina web del Consorci de Compensació d'Assegurances (www.consorseguros.es)

3. Valoració dels danys:

La valoració dels danys que resultin indemnitzables d'acord amb la legislació d'assegurances i al contingut de la pòlissa d'assegurança es realitzarà pel Consorci de Compensació d'Assegurances, sense que aquest quedi vinculat per les valoracions que, si escau, hagi realitzat l'entitat asseguradora que cobreixi els riscos ordinaris.

4. Abonament de la indemnització:

El Consorci de Compensació d'Assegurances realitzarà el pagament de la indemnització al beneficiari de l'assegurança mitjançant transferència bancària.

III. PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ EN CAS DE SINISTRE INDEMNITZABLE PEL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES

En cas de sinistre, l'assegurat, prenedor, beneficiari, o els seus respectius representants legals l'han de comunicar, en un termini màxim de set dies des que ho sàpiguin a la delegació regional del Consorci que correspongui, segons el lloc on s'ha produït el sinistre, ja sigui directament o a través de l'entitat asseguradora amb la qual s'ha contractat l'assegurança ordinària o del mediador d'assegurances que hi hagi intervingut. La comunicació s'ha de formular en el model establert per a aquest efecte, que està disponible a la pàgina web del Consorci (www.consorseguros.es) o a les oficines d'aquest mateix o de l'entitat asseguradora, i ha d'anar acompanyat de la següent documentació:

a) Lesions que generen invalidesa permanent parcial, total o absoluta:

Fotocòpia del DNI/NIF del lesionat i del perceptor de la indemnització si no coincidís amb el lesionat.

Dades relatives a l'entitat bancària on s'han d'ingressar els imports indemnitzables, amb indicació del número d'entitat, número de sucursal, dígit de control i número de compte (codi compte client, 20 dígits), així com el domicili d'aquesta entitat.

Fotocòpia de les condicions generals i particulars de la pòlissa (individual o col·lectiva) i de tots els seus apèndixs o suplement.

Fotocòpia del rebut de pagament de prima vigent a la data en què es va esdevenir el sinistre, en què s'especifiquin clarament els imports corresponents a la prima comercial i al recàrrec pagat al Consorci de Compensació d'Assegurances.

Documentació que, si és el cas, pogués tenir el lesionat que acredités la causa del sinistre i de les lesions que aquest ha produït.

b) Mort:

Certificat de defunció.

Fotocòpia del DNI/NIF del possible beneficiari de la indemnització.

Fotocòpia de les condicions generals i particulars de la pòlissa (individual o col·lectiva) i de tots els seus apèndixs o suplement.

Fotocòpia del rebut de pagament de prima vigent a la data en què es va esdevenir el sinistre, en què s'especifiquin clarament els imports corresponents a la prima comercial i al recàrrec pagat al Consorci de Compensació d'Assegurances.

Dades relatives a l'entitat bancària on s'han d'ingressar els imports indemnitzables, amb indicació del número d'entitat, número de sucursal, dígit de control i número de compte (codi compte client, 20 dígit), així com el domicili d'aquesta entitat.

Documentació que, si és el cas, es pogués tenir sobre la causa del sinistre.

En cas que no s'hagués designat beneficiari a la pòlissa d'assegurança, el llibre de família i el testament o, si no hi ha testament, declaració d'hereus o acta de notorietat.

Liquidació de l'impost sobre successions.

Per aclarir qualsevol dubte que pogués sorgir sobre el procediment que cal seguir, el Consorci de Compensació d'Assegurances disposa del següent telèfon d'atenció a l'assegurat: 900 222 665.

Article 18. NORMATIVA APLICABLE

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

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

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

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

Article 19. MULTIPLICITAT DE CONTRACTES D'ASSEGURANCES

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

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

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

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

Article 20. TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

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

Article 21. PROTECCIÓ DE L'ASSEGURAT

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

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

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

Article 22. JURISDICCIO

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

Article 23. ACCEPTACIÓ DE LES CONDICIONS CONTRACTUALS

El prenedor declara:

- Haver rebut els Estatuts i la pòlissa d'assegurança, amb les condicions generals, particulars i els suplementes que li puguin correspondre i haver estat adequadament informat sobre aquests i haver-ne acceptat íntegrament el contingut.
- Haver estat informat i acceptar expressament les clàusules limitatives que hi poguessin haver, en compliment del que estableix l'article 3 de la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, del contracte d'assegurança.
- Haver rebut tota la informació requerida per a la formalització d'aquest contracte relativa a la identitat de la Mutualitat, la garantia que s'ofereix, la durada del contracte i les condicions per rescindir-lo, les condicions relatives a la prima i al capital indemnitzador o prestació assistencial, i el règim fiscal aplicable.
- En compliment del que disposa l'article 106 del Reial decret 2486/1998 que aprova el Reglament d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, el prenedor assumeix el compromís i l'obligació de subministrar als assegurats, abans de l'adhesió a la pòlissa i durant la vigència d'aquesta, tota la informació que afecti els drets i obligacions dels assegurats.

ANNEX I**LIMITACIÓ A LES INDEMNITZACIONS EN CAS D'INCAPACITAT TEMPORAL PER ACCIDENT**

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

Patologia	Número de dies
- Artritis traumàtica:	20 dies
- Avulsió ungual:	15 dies
- Capsulitis traumàtica:	20 dies
- Conjuntivitis:	10 dies
- Contusions:	10 dies
- Cos estrany corneal:	7 dies
- Vessaments-hemartrosis articulars:	30 dies
- Esquinçaments musculars:	30 dies
- Erosions corneals:	7 dies
- Erosions de la pell:	5 dies
- Esquinços (sense intervenció quirúrgica):	30 dies
- Fissura de falange:	30 dies
- Fissura costal:	30 dies
- Fissura metacarp:	30 dies
- Fissura metatars:	30 dies
- Fissura peroné:	30 dies
- Gonàlgies:	20 dies
- Hematomes:	15 dies
- Ferida incisa:	10 dies
- Meniscopaties (sense cirurgia)	20 dies
- Neuritis traumàtica:	20 dies
- Tendinitis:	20 dies
- Cremades de 1r i de 2n grau que afectin menys del 9% de la superfície corporal:	15 dies

ANNEX II**LIMITACIÓ A LES INDEMNITZACIONS D'INCAPACITAT TEMPORAL EN CAS DE LLISTA D'ESPERA**

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

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