

Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

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

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

Accidente

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

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.

Asegurado

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

Asociado

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

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

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

Póliza

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

Prima

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

Siniestro

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

Tomador

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

Artículo 2. COBERTURAS

Mediante la presente póliza de seguro, la Mutualidad garantiza el pago de:

- 1) Una indemnización diaria en caso de baja laboral por enfermedad o accidente.
- 2) Una indemnización por intervención quirúrgica, exploración o tratamiento especial.
- 3) Una indemnización diaria por hospitalización quirúrgica.

Dichas coberturas podrán contratarse de forma individual, dos de ellas o las tres conjuntamente.

La cobertura de indemnización diaria en caso de baja laboral requiere la confirmación de un médico con ejercicio en España y el correspondiente parte de baja emitido en España.

Las coberturas de intervención quirúrgica y hospitalización están limitadas a las intervenciones, exploraciones o tratamientos especiales efectuadas en territorio nacional.

Artículo 3. 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 4. PERSONAS ASEGURABLES

No serán admitidas en este condicionado, solicitudes de personas de más de sesenta (60) años de edad para la cobertura de enfermedad y de más de sesenta y cuatro (64) años de edad para las coberturas de Intervención y Hospitalización Quirúrgica.

La edad máxima de los asegurados será de sesenta y cinco (65) años para la cobertura de indemnización diaria en caso de baja laboral por enfermedad o accidente, procediéndose a cursar la baja de esta cobertura al alcanzar dicha edad.

Asimismo, no serán admitidas en este condicionado solicitudes de personas que no se hallen incluidas en alguno de los Regímenes de la Seguridad Social, o bien en un sistema alternativo a la Seguridad Social, según lo previsto en la Disposición Adicional 15ª de la Ley 30/95, de ordenación y supervisión de los seguros privados.

En caso de que el asegurado inicie la situación de desempleo o deje de prestar, temporal o definitivamente, la profesión u ocupación declarada en la póliza, deberá comunicarlo a la Mutualidad.

I.- COBERTURA DE ENFERMEDAD**Artículo 5. INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

La Mutualidad garantiza el pago de una indemnización diaria en caso de baja laboral por enfermedad y accidente, así como la cobertura del parto y del embarazo con el límite establecido en el Artículo 6.

Se disponen, para esta garantía, diversas modalidades de contratación:

- **Sin franquicia** (la indemnización empezará a devengarse a partir del día siguiente al de la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutuality)
- **Con franquicia de tres (3) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del cuarto día)
- **Con franquicia de siete (7) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del octavo día)
- **Con franquicia de quince (15) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del decimosexto día)
- **Con franquicia de treinta (30) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del trigésimo primer día)
- **Con franquicia de sesenta (60) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del sexagésimo primer día)

Las indemnizaciones correspondientes se devengarán a partir del día siguiente de iniciarse el siniestro, siempre que éste se comunique a la Mutuality dentro del plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, tal como previene el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro. **De recibirse la Declaración del Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar las indemnizaciones desde la fecha en que la Mutuality haya recibido la citada documentación.**

En todas las modalidades de contratación con franquicia, se descontará del periodo total de baja laboral, o de los límites establecidos en el Artículo 6, los días correspondientes al periodo franquiciado.

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

Artículo 6. DURACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

El periodo máximo de indemnización diaria a contratar podrá ser:

- trescientos sesenta y cinco (365) días.
- quinientos cuarenta y cinco (545) días.
- setecientos treinta (730) días.

Independientemente de la opción contratada de duración, si el Asegurado sufre una baja laboral por alguna de las causas que se indican a continuación, el periodo máximo indemnizable por siniestro será el siguiente, siempre que no resulte de aplicación alguna de las exclusiones previstas en el presente condicionado:

a) Patología de la columna vertebral no quirúrgicas.

Quando la incapacidad temporal derive de una patología o proceso que afecte a la columna vertebral, derivada de enfermedad o accidente, la indemnización quedará limitada a un máximo de veinte (20) días por siniestro, siempre que dicha patología o proceso no requiera tratamiento quirúrgico y no consista en una fractura vertebral.

A los efectos de esta limitación, se considerarán comprendidas en este apartado las patologías o procesos de columna vertebral que no requieran tratamiento quirúrgico, incluyendo, con carácter meramente enunciativo y no limitativo, las cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, lumbociatalgias, ciatalgias, radiculopatías, protrusiones discales, hernias discales, discopatías, espondiloartrosis, espondilosis, espondilolistesis, estenosis de canal, síndrome facetario, sacroileítis mecánica y contracturas paravertebrales.

También quedarán comprendidos aquellos otros procesos que, aun recibiendo una denominación médica distinta, afecten a la columna vertebral y presenten naturaleza clínica sustancialmente análoga a las patologías anteriores, siempre que no requieran tratamiento quirúrgico.

En el supuesto de que, con posterioridad al abono del límite anterior, se requiera intervención quirúrgica por la misma patología, se devengará nuevamente el subsidio a partir de la fecha de la intervención quirúrgica, sin que sea indemnizable el periodo comprendido entre la finalización del límite de veinte (20) días y la fecha de la intervención.

b) Resto de patologías musculoesqueléticas, osteoarticulares, tendinosas, ligamentosas o musculares no quirúrgicas.

Las alteraciones, lesiones o procesos musculoesqueléticos, osteoarticulares, tendinosos, ligamentosos o musculares

derivados de enfermedad o accidente que no requieran intervención quirúrgica tendrán un límite máximo de indemnización de noventa (90) días por siniestro.

Quedan comprendidas en este apartado, entre otras, las tendinitis, tenosinovitis, bursitis, capsulitis, epicondilitis, epitrocleitis, hombro doloroso, periartritis escapulo humeral, contracturas, roturas fibrilares, desgarros musculares, esguinces sin intervención quirúrgica, condropatías, meniscopatías no quirúrgicas, gonalgias, coxalgias, artritis, artrosis, derrames o hemartrosis articulares, síndrome del túnel carpiano no intervenido, fascitis plantar, quistes sinoviales y demás procesos de naturaleza análoga.

c) Baja laboral por parto o por embarazo: máximo 20 días.

La baja laboral por parto o embarazo tendrá un límite máximo de veinte (20) días. En caso de embarazo, dicho límite no podrá superarse, aunque se produzcan diferentes bajas relacionadas con el mismo proceso gestacional.

d) Listas de espera.

Para aquellos supuestos en que no resulten de aplicación las limitaciones anteriores, si el asegurado se halla en situación de lista de espera para intervención quirúrgica, tratamientos o pruebas diagnósticas, se aplicarán las siguientes limitaciones desde la fecha de inclusión en la mencionada lista de espera:

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

En los supuestos de lista de espera, el siniestro se cerrará con el abono del periodo indicado, devengándose nuevamente el subsidio a partir de la fecha de la intervención quirúrgica, el tratamiento o la prueba diagnóstica realizada, sin que sea indemnizable el periodo comprendido entre la finalización del límite por lista de espera y la fecha de realización de la intervención, tratamiento o prueba diagnóstica.

Artículo 7. LÍMITES A LA COBERTURA

El asegurado que hubiese dado lugar a la percepción de indemnización de enfermedad o accidente por un periodo inferior al límite máximo contratado y enfermara o se accidentara de nuevo dentro del plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día de la fecha del alta, sólo tendrá derecho a percibir indemnización hasta completar el límite máximo que correspondiera al proceso inicial.

Si se trata de recaída, recidiva, reagudización, continuidad o complicación de una misma enfermedad, o accidente, lesión o proceso, o de patologías médicamente relacionadas con la causa inicial la computación de días a efectos del máximo aplicable se realizará ~~hará~~ con independencia del tiempo transcurrido desde el alta.

Si durante la percepción de la indemnización, sea cual fuere ésta, el asegurado contrajese una enfermedad o sufriera accidente distinto y no relacionado con el proceso inicialmente declarado, continuará devengándose la misma indemnización, sin que puedan acumularse prestaciones por distintos diagnósticos coincidentes en el tiempo. En tal caso, deberá comunicarse a la Mutualidad el cambio de diagnóstico o la nueva patología.

Cuando la Mutualidad haya abonado el total de la indemnización por enfermedad o accidente por haberse alcanzado el límite máximo contratado o el límite específico aplicable conforme al artículo 6, no se hará cargo de sucesivas bajas motivadas por la misma enfermedad, accidente, lesión, proceso o por patologías directamente relacionadas, ni de los cambios de diagnóstico que se produzcan dentro de una misma situación de baja laboral.

Artículo 8. PERIODO DE CARENCIA

La cobertura será efectiva una vez transcurridos 30 días desde la fecha de alta de la póliza. Para la indemnización en caso de parto o de embarazo, deberá haber transcurrido, como mínimo, 8 meses desde la fecha de alta en la póliza de la Asegurada.

Artículo 9. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para poder percibir indemnización por enfermedad o accidente se requiere:

- 1) Que el Tomador y/o Asegurado se halle al corriente de pago de primas.

2) Que el Asegurado se encuentre afecto de una dolencia, lesión o proceso patológico médico o quirúrgico derivado de enfermedad o accidente cubierto por la póliza, no calificado como invalidez o incapacidad permanente, que le impida de forma total y temporal el ejercicio de la actividad profesional u ocupación declarada en póliza.

3) Notificar la enfermedad o accidente a la Mutuality mediante parte de baja laboral extendido por la seguridad social. Si el asegurado se encuentra incluido en un sistema alternativo a la seguridad social, deberá aportar parte de baja expedido por facultativo en el que se hará constar con claridad el nombre y apellidos, la dolencia que le aqueja y el domicilio o lugar donde se encuentra atendido, que deberá ser entregado en las oficinas de la Mutuality con la mayor urgencia posible.

4) Que el Asegurado no se halle en situación de desempleo, jubilación, cese de actividad, excedencia, baja maternal o paternal, incapacidad permanente, o cualquier otra situación legal o material de inactividad profesional, ni haya dejado de ejercer la actividad profesional u ocupación declarada en la póliza.

Los mencionados partes de baja y alta deberán ser remitidos directamente a la Mutuality, no surtiendo efecto alguno la presentación de los mismos ante cualquier persona colaboradora de la Entidad.

5. El asegurado que venga percibiendo indemnización, por él o por una persona protegida, está obligado a comunicar inmediatamente en debida forma a la Mutuality cualquier variación de diagnóstico y tratamiento, evolución clínica, domicilio de convalecencia, actividad profesional o situación laboral, así como cualquier circunstancia que pueda afectar a la existencia, continuidad o alcance del derecho a la indemnización.

La indemnización se abonará una vez acreditado el derecho a la prestación, recibida la documentación necesaria y comprobado por la Mutuality el alcance indemnizable del siniestro, con aplicación de la franquicia, límites, exclusiones y demás condiciones pactadas en la póliza.

Artículo 10. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones se denegarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando el enfermo siga un tratamiento prescrito por una persona no autorizada para el ejercicio de la medicina, o bien cuando la afección sea de índole imprecisa, sin síntomas objetivos de enfermedad, o tenga como manifestación única el dolor sin confirmación de causas etiológicas mediante pruebas diagnósticas.
- 2) Cuando el enfermo 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.
- 3) Cuando la enfermedad o accidente se produzcan como consecuencia del uso o estando bajo los efectos de tóxicos, drogas, alcohol, o por actos voluntarios -por acción u omisión- o de imprudencia temeraria, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas.
- 4) Cuando la enfermedad derive del S.I.D.A. y/o enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- 5) Cuando, aún estando en situación de baja, el enfermo o accidentado ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.
- 6) Cuando el asegurado se halle en situación de desempleo o no ejerciendo la profesión u ocupación declarada en la póliza.
- 7) Cuando la enfermedad o accidente sea consecuencia de la participación del asegurado en actos delictivos, duelos o riñas, guerra u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, así como las lesiones que el asegurado se autoinflinja o los intentos de suicidio.

Los hechos de carácter político o social son aquellos acontecimientos imprevisibles o inevitables a corto y/o medio plazo, tales como, las manifestaciones tumultuarias, los alzamientos colectivos violentos, las epidemias y pandemias y las provocadas por situaciones de elevada polución y/o contaminación atmosférica.

- 8) Cuando la situación de baja sea consecuencia de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación o en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud.

- 9) Cuando la enfermedad o accidente resulte de la práctica profesional o federativa de cualquier deporte o de la práctica como aficionado o profesional de las siguientes actividades de alto riesgo: el toro y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, el alpinismo, la escalada, el esquí, el motociclismo, el automovilismo, el submarinismo, 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.

10) Cuando la situación de baja sea consecuencia de aborto, fertilizaciones "in vitro", inseminación artificial, pruebas de diagnóstico de fertilidad, tratamiento de la esterilidad y tratamientos esterilizantes, así como la cirugía estética o plástica que no sean reparadoras

11) 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.

12) Cuando, en el momento en que se produce la enfermedad o accidente, el asegurado no se halle totalmente al corriente de primas. El hecho de ponerse al corriente de pago de primas con posterioridad a la denegación de la indemnización por esta causa no dará derecho al cobro del mismo.

13) Cuando la situación de baja venga motivada directa o indirectamente, por apnea del sueño, fibromialgia, síndrome o estado de fatiga crónica, síndrome de desgaste profesional o "burnout", síndrome de sensibilidad química múltiple, dolor crónico no oncológico, trastornos funcionales, somatomorfos, psicosomáticos o de sensibilización central y cuadros similares, enfermedades tropicales, corrección quirúrgica de la refracción ocular y/o enfermedades neurológicas que no estén comprobadas mediante pruebas diagnósticas objetivas.

Asimismo, quedan excluidas las depresiones, ansiedad, estrés, trastornos adaptativos, trastornos del sueño u otras enfermedades, trastornos o procesos de naturaleza psiquiátrica, psicológica, psicosomática o conductual de cualquier tipo.

14) La cobertura de parto y de embarazo no estará incluida en caso de que la asegurada estuviese embarazada con anterioridad a la suscripción de la presente póliza.

15) Cuando el enfermo o accidentado realice actividades físicas o deportivas que puedan interferir en su recuperación o que sean incompatibles, o no recomendables, con el diagnóstico médico que motiva la baja.

16) Cuando el proceso patológico se manifieste exclusivamente mediante dolor, algias, mareos, vértigos, cansancio, fatiga, malestar general u otros síntomas subjetivos sin signos objetivos médicamente comprobables o sin causa etiológica acreditada mediante pruebas diagnósticas o informes médicos suficientes

Se entenderán igualmente excluidas las recaídas, recidivas, reagudizaciones, secuelas, consecuencias, complicaciones y tratamientos específicos derivados de cualquiera de los riesgos excluidos en este artículo

Artículo 11. FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE PERCEPCIÓN

Las indemnizaciones finalizarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutuality.
- 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.
- 3) En el supuesto de hallarse ausente el asegurado en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutuality, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el asegurado 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 la indemnización que venía percibiendo.

Artículo 12. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

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

II.- COBERTURA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Artículo 13. INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

En caso de suscribir esta garantía se percibirá la cantidad económica contratada en caso de que el asegurado se someta a intervención quirúrgica, exploración o tratamiento especial previsto en Anexo I al presente condicionado.

En el supuesto de que el asegurado sufra diversas intervenciones practicadas en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el que resulte de añadir a la que presente la cantidad económica más elevada, el cincuenta por cien (50%) de cada una de las demás de que haya estado afectado.

Artículo 14. EXCLUSIONES

No causarán derecho a indemnización: la biopsia per-operatoria; las intervenciones de cirugía estética o plástica que no sean reparadoras y consecuencia de enfermedades o accidente; intervenciones esterilizantes, de cambio de sexo e interrupción voluntaria del embarazo; intervenciones dentales, colocación de prótesis dentales y demás intervenciones odontológicas; las intervenciones o tratamientos a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías, riña, desafío o intento de suicidio, imputables al interesado.

Tampoco causará derecho cualquier intervención quirúrgica motivada por un proceso clínico de causas congénitas o ya existentes con anterioridad a la contratación de la póliza, así como los procesos clínicos no contemplados en el Anexo I.

Artículo 15. REQUISITOS

Para causar derecho a la indemnización económica de intervención quirúrgica, se requiere:

- 1) Estar al corriente de pago de cuotas.
- 2) Llevar como mínimo seis meses de inscripción, salvo para las intervenciones, exploraciones o tratamientos obstétricos, que exigirán (8) ocho. Igual plazo de carencia se aplicará en caso de ampliación de la indemnización contratada para esta prestación. En el supuesto de afecciones causadas por accidente no se aplicará plazo de carencia alguno.
- 3) Notificar a la Mutualidad la intervención quirúrgica, exploración o tratamiento quirúrgico, dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que haya tenido lugar, acompañando un certificado extendido por el médico cirujano o actuante en el que conste el nombre y apellidos del paciente, centro hospitalario en donde haya sido intervenido o tratado, clase y fecha de las intervenciones o tratamientos practicados, e informe clínico.
- 4) El derecho a la percepción de la prestación es únicamente para aquellas intervenciones, exploraciones o tratamientos especiales efectuados dentro del territorio nacional.

III.- COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

En caso de suscribir esta garantía se percibirá la cantidad económica contratada por cada día que el asegurado permanezca ingresado en un centro hospitalario, hasta un máximo de noventa (90) días, siendo motivado dicho ingreso por intervención quirúrgica establecida en Anexo I a este condicionado.

Asimismo, causarán derecho a esta prestación los ingresos en la Unidad de Vigilancia Intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos de un Centro Hospitalario, sin que sean consecuencia de intervención quirúrgica, en las mismas condiciones que las establecidas en este condicionado para las hospitalizaciones por intervención quirúrgica.

Artículo 16. PLAZOS

Los días de permanencia en centro hospitalario se computarán desde el día en que tenga lugar la intervención hasta el día de salida del centro, ambos incluidos. El día de salida del centro se computará como medio día, si la hora de alta ha sido anterior a las (14) catorce horas.

En las intervenciones que se efectúen en varios tiempos o precisen de un nuevo acto quirúrgico en el plazo de un año, se computarán los días indemnizables acumulando los correspondientes a los distintos períodos de permanencia en el centro hospitalario, hasta el mencionado máximo de (90) noventa días.

Artículo 17. EXCLUSIONES

No causarán derecho a indemnización las estancias en centro hospitalario motivadas por procesos patológicos derivados de causas congénitas o ya existentes con anterioridad a la contratación de la póliza o por las excepciones contempladas en el artículo 14 de este condicionado.

Únicamente se abonarán los días de hospitalización derivados de la intervención quirúrgica realizada, no abonándose aquellos que sean motivados por otros ingresos médicos o sociales no derivados de la misma.

Artículo 18. REQUISITOS

Para causar derecho a la indemnización económica de hospitalización quirúrgica, se requiere:

- 1) Estar al corriente del pago de cuotas.
- 2) Llevar como mínimo seis meses de inscripción, salvo para los internamientos derivados de embarazo o tratamientos obstétricos, que exigirán (8) ocho. Igual plazo de carencia se aplicará en caso de ampliación de la indemnización contratada para esta prestación. En el supuesto de hospitalización motivada por accidente no se aplicará plazo de carencia alguno.
- 3) Notificar a la Mutuality el internamiento, remitiendo:
 - a) Dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que se haya practicado la intervención, un certificado extendido por el médico especialista que atienda al interesado, en el que conste el nombre y apellidos del paciente, centro hospitalario en donde haya sido intervenido, clase y fecha de las intervenciones o tratamientos practicados, e informe clínico.
 - b) Dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que haya finalizado la estancia en centro hospitalario, una certificación firmada por el médico especialista que haya atendido al intervenido y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha y hora en que el paciente haya sido dado de alta.
 - c) En el supuesto de recidivas, las correlativas certificaciones para cada una de ellas.

Una vez completada la documentación presentada y obtenidos los informes técnicos pertinentes, la Mutuality procederá a la liquidación de la indemnización correspondiente, o bien comunicará al interesado la denegación de la solicitud.

- 4) El derecho a la percepción de la prestación es únicamente para aquellas intervenciones efectuadas dentro del territorio nacional.

IV.- DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 19. 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 Ley 35/2006 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento.

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

La Mutuality ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutuality y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 20. 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 sobreseuro 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 21. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

Artículo 22. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones 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, la identidad y domicilio de sus respectivos titulares.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de Planes de Pensiones.

Artículo 23. JURISDICCIÓN

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

Artículo 24. 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.

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

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la 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 25. DECLARACION, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO**25.1 Valoración del riesgo**

El presente contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente Solicitud o en la Proposición que en su caso formule la Mutuality, así como en el Cuestionario presentado por éste y cumplimentado por el tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Mutuality y determinará los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la fecha efecto de la póliza. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte de la Mutuality, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del Cuestionario que éste haya presentado.

El tomador del seguro o asegurado deberá declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación de la póliza, si ha tenido o tiene una póliza de seguros que cubra el mismo riesgo que ha contratado con la Mutuality. En caso afirmativo, la Mutuality podrá reducir el capital asegurado.

Si contrata una póliza que cubra el mismo riesgo con posterioridad a la emitida con la Mutuality deberá comunicarlo a esta en el plazo de 1 mes desde su contratación.

Si se produce un siniestro y, de los datos aportados se averigua que el tomador del seguro ha faltado a la verdad, la Mutuality quedará liberada de su prestación y procederá a la baja inmediata del contrato de seguro.

25.2 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 Mutuality 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 Mutuality 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 propuestas; en caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, la Mutuality 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 Mutuality comunicar al Tomador del seguro la rescisión definitiva. La Mutuality 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 Mutuality la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Mutuality 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 Mutuality quedará liberada de la prestación correspondiente.

25.3 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 Mutuality 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 Mutuality 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 Mutuality la disminución del riesgo.

Artículo 26. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutuality, 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 Mutuality, 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 Mutuality 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 Mutuality, 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 Mutuality se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 27. 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 este contrato relativa a la identidad de la Mutuality, 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.