

Article 1. DEFINICIONS

Mutualitat

PREVISORA GENERAL, Mutualitat de Previsió Social a Prima Fixa, NIF V-58782145, amb domicili social a Barcelona, al carrer Balmes, 28 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.

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, que produeixi invalidesa temporal o permanent o la mort.

Acte mèdic

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

Carència

Període de temps computat des de la data d'efecte de la pòlissa per a cada assegurat, durant el qual no són efectives determinades cobertures per a aquest assegurat.

Malaltia

Qualsevol alteració de la salut de l'assegurat no causada per accident, que sigui diagnosticada per un metge i faci necessari un tractament mèdic o quirúrgic.

Malaltia congènita

Qualsevol malaltia amb la qual neix l'assegurat perquè s'ha contret a l'úter matern o perquè té un origen genètic. Una afecció congènita es pot manifestar i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé ser descoberta més tard, en qualsevol període de la vida de l'assegurat.

Malaltia preexistent

Qualsevol malaltia de l'assegurat anterior a la contractació d'aquesta assegurança, diagnosticada per un metge o no.

Data d'efecte

És la data en què entra en vigor la cobertura pactada 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.

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 suplementos o apèndixs que s'emeten 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 o 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.

Article 2. COBERTURES

Mitjançant aquesta pòlissa d'assegurança, la Mutualitat garanteix el pagament de:

- 1) Una indemnització diària en cas de baixa laboral per malaltia o accident
- 2) Una indemnització per intervenció quirúrgica, exploració o tractament especial.
- 3) Una indemnització diària per hospitalització quirúrgica.

Aquestes cobertures es poden de manera individual, o bé dues, o bé totes tres conjuntament.

La cobertura de subsidi diari per incapacitat temporal requereix la confirmació d'un metge amb exercici a Espanya i el corresponent comunicat de baixa emès a Espanya.

Les cobertures d'intervenció quirúrgica i hospitalització estan limitades a les intervencions, exploracions o tractaments especials realitzats a territori nacional.

Article 3. 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 4. PERSONES ASSEGURABLES

No s'admeten en aquest condicionat sol·licituds de persones de més de seixanta (60) anys per a la cobertura de malaltia i de més de seixanta-quatre (64) anys per a les cobertures d'intervenció i hospitalització quirúrgica.

L'edat màxima dels assegurats és de seixanta-cinc (65) anys per a la cobertura de malaltia, i es tramitarà la baixa d'aquesta cobertura quan s'arribi a aquesta edat.

Així mateix, no seran admeses en aquest condicionat sol·licituds de persones que no es trobin incloses en algun dels Règims de la Seguretat Social, o bé en un sistema alternatiu a la Seguretat Social, segons el previst en la Disposició Addicional 15a de la Llei 30/95, d'ordenació i supervisió de les assegurances privades.

En cas que l'assegurat iniciï la situació de desocupació o deixi de prestar, temporal o definitivament, la professió o ocupació declarada a la pòlissa, l'haurà de comunicar a la Mutualitat.

I. COBERTURA DE MALALTIA

Article 5. INDEMNITZACIÓ PER MALALTIA O ACCIDENT

En cas que se subscrigui aquesta garantia, la Mutualitat garanteix el pagament d'una indemnització diària en cas de baixa laboral per malaltia i accident, així com la cobertura del part i de l'embaràs amb el límit establert a l'article 6.

Es disposen, per a aquesta garantia, diverses modalitats de contractació:

- **Sense franquícia** (la indemnització es comença meritar a partir de l'endemà de la presentació de la baixa laboral a les oficines de la Mutualitat).
- **Amb franquícia tres (3) dies** (la indemnització es comença a meritar a partir del quart dia)
- **Amb franquícia de set (7) dies** (la indemnització es comença a meritar a partir del vuitè dia)
- **Amb franquícia de quinze (15) dies** (la indemnització es comença a meritar a partir del setzè dia)
- **Amb franquícia trenta (30) dies** (la indemnització es comença a meritar a partir del trenta-unè dia)
- **Amb franquícia seixanta (60) dies** (la indemnització es comença a meritar a partir del seixanta-unè dia)

Les indemnitzacions corresponents es meriten a partir de l'endemà d'iniciar-se el sinistre, sempre que aquest es comuniqui a la Mutualitat dins el termini màxim de 7 dies des de l'ocurrència del sinistre, tal com preveu l'article 16 de la Llei del contracte d'assegurança. **De rebre la Declaració del sinistre transcorregut aquest termini màxim, l'assegurat començarà a meritar les indemnitzacions des de la data en què la Mutualitat hagi rebut l'esmentada documentació.**

En totes les modalitats de contractació amb franquícia, es descompten del període total de baixa laboral, o del límit establert a l'article 6, els dies corresponents al període franquiciat.

En les modalitats de contractació amb franquícia, en els supòsits en què no es presenti la baixa laboral durant el corresponent període de franquícia, la indemnització es comença a meritar a partir de l'endemà de la presentació de la baixa laboral a les oficines de la Mutualitat.

Article 6. DURADA DE LA INDEMNITZACIÓ

El període màxim d'indemnització diària que es pot contractar pot ser:

- tres-cents seixanta-cinc (365) dies
- cinc-cents quaranta-cinc (545) dies
- set-cents trenta (730) dies.

Amb independència de l'opció de durada contractada, si l'assegurat es troba en situació de baixa laboral per alguna de les causes que s'indiquen a continuació, el període màxim indemnitzable per sinistre serà el següent, sempre que no sigui aplicable cap de les exclusions previstes en aquest condicionat:

a) Patologies de la columna vertebral no quirúrgiques

Quan la incapacitat temporal derivi d'una patologia o procés que afecti la columna vertebral, derivat d'una malaltia o accident, la indemnització quedarà limitada a un màxim de vint (20) dies per sinistre, sempre que aquesta patologia o procés no requereixi tractament quirúrgic ni consisteixi en una fractura vertebral.

Als efectes d'aquesta limitació, es consideraran compreses en aquest apartat les patologies o els processos de la columna vertebral que no requereixin tractament quirúrgic, incloent-hi, amb caràcter merament enunciatiu i no limitatiu, les cervicàlgies, dorsàlgies, lumbàlgies, lumbociatàlgies, ciatàlgies, radiculopaties, protrusions discals, hèrnies discals, discopaties, espondiloartrosi, espondilosi, espondilolistesi, estenosi del canal, síndrome facetària, sacroiliïtis mecànica i contractures paravertebrals.

També quedaran compresos aquells altres processos que, encara que rebin una denominació mèdica diferent, afectin la columna vertebral i presentin una naturalesa clínica substancialment anàloga a les patologies anteriors, sempre que no requereixin tractament quirúrgic.

En el supòsit que, amb posterioritat a l'abonament del límit anterior, sigui necessària una intervenció quirúrgica per la mateixa patologia, el subsidi es tornarà a meritjar a partir de la data de la intervenció quirúrgica, sense que sigui indemnitzable el període comprès entre la finalització del límit de vint (20) dies i la data de la intervenció.

b) Resta de patologies musculoesquelètiques, osteoarticulars, tendinoses, lligamentoses o musculars no quirúrgiques

Les alteracions, lesions o processos musculoesquelètics, osteoarticulars, tendinosos, lligamentosos o musculars derivats d'una malaltia o accident que no requereixin intervenció quirúrgica tindran un límit màxim d'indemnització de noranta (90) dies per sinistre.

Queden compreses en aquest apartat, entre d'altres, les tendinitis, tenosinovitis, bursitis, capsulitis, epicondilitis, epitrocleïtis, espatlla dolorosa, periartitis escapulohumeral, contractures, ruptures fibril·lars, esquinçaments musculars, esquinços sense intervenció quirúrgica, condropaties, meniscopaties no quirúrgiques, gonàlgies, coxàlgies, artritis, artrosi, vessaments o hemartrosis articulars, síndrome del túnel carpià no intervingut, fascitis plantar, quists sinovials i altres processos de naturalesa anàloga.

c) Baixa laboral per part o embaràs: màxim 20 dies

La baixa laboral per part o embaràs tindrà un límit màxim de vint (20) dies. En cas d'embaràs, aquest límit no es podrà superar encara que es produeixin diferents baixes relacionades amb el mateix procés gestacional.

d) Llistes d'espera

En aquells supòsits en què no siguin aplicables les limitacions anteriors, si l'assegurat es troba en situació de llista d'espera per a una intervenció quirúrgica, tractaments o proves diagnòstiques, s'aplicaran les limitacions següents des de la data d'inclusió en la llista d'espera esmentada:

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

En aquests supòsits de llista d'espera, el sinistre es tancarà amb l'abonament del període indicat, i el subsidi es tornarà a meritjar a partir de la data de la intervenció quirúrgica, del tractament o de la prova diagnòstica realitzada, sense que sigui indemnitzable el període comprès entre la finalització del límit per llista d'espera i la data de realització de la intervenció, del tractament o de la prova diagnòstica.

Article 7. LÍMITS A LA COBERTURA

L'assegurat que ha donat lloc a la percepció d'indemnització de malaltia o accident per un període inferior al límit màxim contractat i emmalalteix o té un accident altra vegada dins del termini de cent vuitanta (180) dies, comptats a partir de la data d'alta, només té dret percebre una indemnització fins a completar el límit màxim que correspongués al procés inicial.

Si es tracta d'una recaiguda, recidiva, reagudització, continuïtat o complicació d'una mateixa malaltia, accident, lesió o procés, o bé de patologies mèdicament relacionades amb la causa inicial, el còmput dels dies a l'efecte del límit màxim aplicable es farà amb independència del temps transcorregut des de l'alta.

Si, durant la percepció de la indemnització, sigui quina sigui, l'assegurat contrau una malaltia o pateix un accident diferent i no relacionat amb el procés declarat inicialment, es continuarà meritjant la mateixa indemnització, sense que es puguin acumular prestacions per diagnòstics diferents coincidents en el temps.

En aquest cas, s'haurà de comunicar a la Mutualitat el canvi de diagnòstic o la nova patologia.

Quan la Mutualitat hagi abonat la totalitat de la indemnització per malaltia o accident, per haver-se assolit el límit màxim contractat o el límit específic aplicable d'acord amb l'article 6, no es farà càrrec de baixes successives motivades per la mateixa malaltia, accident, lesió o procés, ni per patologies directament relacionades, ni tampoc dels canvis de diagnòstic que es produeixin dins d'una mateixa situació de baixa laboral.

Article 8. PERÍODE DE CARÈNCIA

La cobertura es fa efectiva un cop transcorreguts 30 dies des de la data d'alta de la pòlissa. Per a la indemnització en cas de part o d'embaràs, haurà d'haver transcorregut, com a mínim, 8 mesos des de la data d'efecte de l'alta a la pòlissa de l'assegurada.

Article 9. PAGAMENT D'INDEMNITZACIÓ

Per poder percebre una indemnització per malaltia o accident, es requereix:

- 1) Que el prenedor i/o l'assegurat es trobi al corrent del pagament de les primes.

- 2) Que l'assegurat estigui afectat per una malaltia, lesió o procés patològic mèdic o quirúrgic derivat d'una malaltia o accident cobert per la pòlissa, no qualificat d'invalidesa o incapacitat permanent, que li impedeixi de manera total i temporal exercir l'activitat professional o ocupació declarada a la pòlissa.
- 3) Notificar la malaltia o l'accident a la Mutualitat mitjançant el comunicat de baixa laboral expedit per la Seguretat Social. Si l'assegurat està inclòs en un sistema alternatiu a la Seguretat Social o en el règim de treballadors autònoms sense cobertura d'incapacitat temporal, haurà d'aportar un comunicat de baixa expedit per un facultatiu, en el qual s'hauran de fer constar clarament el nom i els cognoms, la malaltia que pateix i el domicili o lloc on rep assistència, que haurà de ser lliurat a les oficines de la Mutualitat amb la màxima urgència possible.
- 4) **Que hagin transcorregut, com a mínim, 30 dies des de la data d'alta de la pòlissa.**
- 5) Que l'assegurat no es trobi en situació d'atur, jubilació, cessament d'activitat, excedència, baixa per maternitat o paternitat, incapacitat permanent o qualsevol altra situació legal o material d'inactivitat professional, ni hagi deixat d'exercir l'activitat professional o ocupació declarada a la pòlissa.

Els comunicats de baixa i d'alta esmentats s'hauran de remetre directament a la Mutualitat, sense que la seva presentació davant de qualsevol persona col·laboradora de l'Entitat produeixi cap efecte.

L'assegurat que estigui percebent una indemnització, per ell mateix o per una persona protegida, està obligat a comunicar immediatament i degudament a la Mutualitat qualsevol variació del diagnòstic i del tractament, de l'evolució clínica, del domicili de convalescència, de l'activitat professional o de la situació laboral, així com qualsevol circumstància que pugui afectar l'existència, la continuïtat o l'abast del dret a la indemnització.

La indemnització s'abonarà una vegada acreditat el dret a la prestació, rebuda la documentació necessària i comprovat per la Mutualitat l'abast indemnitzable del sinistre, amb aplicació de la franquícia, els límits, les exclusions i la resta de condicions pactades a la pòlissa.

Article 10. EXCLUSIONS

Les indemnitzacions es deneguen en les següents circumstàncies:

- 1) **Quan el malalt segueixi un tractament prescrit per una persona no autoritzada per a l'exercici de la medicina, o bé quan l'afecció sigui de caràcter imprecís, sense símptomes objectius de malaltia, o tingui com a única manifestació el dolor sense confirmació de causes etiològiques mitjançant proves diagnòstiques.**
- 2) **Quan el malalt no faciliti les inspeccions mèdiques que la Mutualitat consideri oportunes o no porti els certificats mèdics que aquesta sol·liciti, així com els corresponents comunicats de confirmació.**
- 3) **Quan la malaltia o accident es produeixi com a conseqüència de l'ús o estant sota els efectes de tòxics, drogues, alcohol, o per actes voluntaris -per acció o omissió- o d'imprudència temerària, actes d'autolesió, així com les conseqüències d'actes suïcides.**
- 4) **Quan la malaltia sigui derivada de la SIDA i/o malalties causades pel virus de la immunodeficiència adquirida (VIH).**
- 5) **Quan el malalt o 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.**
- 6) **Quan l'assegurat es trobi en situació de desocupació o no exercint la professió o ocupació declarada a la pòlissa.**
- 7) **Quan la malaltia o accident sigui conseqüència de la participació de l'assegurat en actes delictius, duels o baralles, guerra o operacions de caràcter similar o derivades de fets de caràcter polític o social, tremolors, erupcions volcàniques, inundació i altres fenòmens sísmics o meteorològics, reacció o radiació nuclear o contaminació radioactiva, així com les lesions que l'assegurat s'autoinfligeixi o els intents de suïcidi.**

Els fets de caràcter polític o social són aquells esdeveniments imprevisibles a curt i/o mig termini, com ara, les manifestacions tumultuàries, els alçaments col·lectius violents, les epidèmies i pandèmies i les provocades per situacions d'elevada pol·lució i/o contaminació atmosfèrica.

- 8) **Quan la situació de baixa sigui conseqüència d'una malaltia o d'un accident originats anteriorment a l'entrada en vigor d'aquesta prestació o en cas de reserva o inexactitud en el moment d'emplenar el qüestionari de salut.**

9) Quan la malaltia o accident resulti de la pràctica professional o federativa de qualsevol esport o de la pràctica com a aficionat o professional de les següents activitats d'alt risc: el toreig i els correbous, de la pràctica d'esports perillosos, tals com el busseig, el bosleigh, la boxa, l'escalada, l'alpinisme, l'esquí, el motociclisme, l'automobilisme, el submarinisme, les carreres de vehicles a motor, el rugbi, quad, espeleologia, parapent, activitats aèries no autoritzades pel transport públic de viatgers, activitats de navegació en aigües braves i qualsevol altre circumstàncies de risc, puenting, barranquisme, inclosos els entrenaments i qualsevol altra pràctica manifestament perillosa,

10) Quan la situació de baixa sigui conseqüència d'avortament, fertilització *in vitro*, inseminació artificial, proves de diagnòstic de fertilitat, tractament de l'esterilitat i tractaments esterilitzants, així com la cirurgia estètica o la cirurgia plàstica que no siguin reparadores.

11) 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.

12) Quan, en el moment en què es produeixi la malaltia o l'accident, l'assegurat no es trobi totalment al corrent de les primes. El fet de posar-se al corrent del pagament de primes posteriorment a la denegació de la indemnització per aquesta causa, no dóna dret a cobrar-lo.

13) Quan la situació de baixa estigui motivada directament o indirectament per apnea del son, fibromiàlgia, síndrome o estat de fatiga crònica, síndrome de desgast professional o «burnout», síndrome de sensibilitat química múltiple, dolor crònic no oncològic, trastorns funcionals, somatomorfs, psicossomàtics o de sensibilització central i quadres similars, malalties tropicals, correcció quirúrgica de la refracció ocular i/o malalties neurològiques que no estiguin acreditades mitjançant proves diagnòstiques objectives.

Així mateix, queden excloses les depressions, l'ansietat, l'estrès, els trastorns adaptatius, els trastorns del son o altres malalties, trastorns o processos de naturalesa psiquiàtrica, psicològica, psicossomàtica o conductual de qualsevol tipus.

14) La cobertura del part i de l'embaràs no estarà inclosa en cas que l'assegurada estigués embarassada abans de subscriure aquesta pòlissa.

15) Quan el malalt o accidentat realitzi activitats físiques o esportives que puguin interferir en la seva recuperació o que siguin incompatibles, o no recomanables, amb el diagnòstic mèdic que motiva la baixa.

16) Quan el procés patològic es manifesti exclusivament mitjançant dolor, àlgies, marejos, vertigens, cansament, fatiga, malestar general o altres símptomes subjectius, sense signes objectius mèdicament comprovables o sense una causa etiològica acreditada mitjançant proves diagnòstiques o informes mèdics suficients.

S'entendran igualment excloses les recaigudes, recidives, reaguditzacions, seqüeles, conseqüències, complicacions i tractaments específics derivats de qualsevol dels riscos exclosos en aquest article.

Article 11. FI DEL PERÍODE DE PERCEPCIÓ

Les indemnitzacions finalitzen en les següents circumstàncies:

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

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.

3) En el supòsit que en el moment que el metge inspector de la Mutualitat vagi al domicili de l'assegurat i aquest no hi sigui, el metge deixa notificació de la seva visita, i l'assegurat 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 seva baixa laboral i es posa fi a la meritació de la indemnització que fins a aquell moment s'estava percebent.

Article 12. SUSPENSÍO DE LA INDEMNITZACIÓ

En els casos en què es comprovi l'existència de circumstàncies que determinin l'incompliment o la infracció d'aquesta disposició i de les concordants, la Mutualitat assenyala la data en què hagués hagut o haurà d'acabar l'abonament de la indemnització, i pot arribar a anul·lar-la totalment si hi troba notòria mala fe.

II. COBERTURA D'INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA

Article 13. INDEMNITZACIÓ PER INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA

En cas que se subscrigui aquesta garantia, es percep la quantitat econòmica contractada si l'assegurat se sotmet a intervenció quirúrgica, exploració o tractament especial previst a l'annex I d'aquest condicionat.

En el supòsit que l'assegurat pateixi diverses intervencions practicades en una sola sessió operatòria, l'import de la indemnització és el que resulta d'afegir a la que presenta la quantitat econòmica més elevada el cinquanta per cent (50%) de cada una de les altres.

Article 14. EXCLUSIONS

No donen dret a indemnització: la biòpsia preoperatòria; les intervencions de cirurgia estàtica o plàstica que no siguin reparadores i com a conseqüència de malalties o accidents; intervencions esterilitzants, de canvi de sexe i interrupció voluntària de l'embaràs; intervencions dentals, col·locació de pròtesi dentals i altres intervencions odontològiques; les intervencions o tractament a conseqüència d'alcoholisme o toxicomania, baralles, desafiaments o intent de suïcidi imputables a l'interessat.

Tampoc dona dret qualsevol intervenció quirúrgica motivada per un procés clínic de causes congènites o ja existents abans que es contractés la pòlissa, així com els processos clínics no contemplats a l'annex I.

Article 15. REQUISITS

Per tenir dret a la indemnització econòmica d'intervenció quirúrgica, cal:

- 1) Estar al corrent del pagament de quotes.
- 2) Sis mesos, com a mínim, d'inscripció, tret de les intervencions, exploracions o tractaments obstètrics, que n'exigeixen vuit (8). S'aplica el mateix període de carència en cas d'ampliació de la indemnització contractada per a aquesta prestació. En el supòsit d'afeccions causades per accident no s'aplica cap període de carència.
- 3) Notificar a la Mutualitat la intervenció quirúrgica, exploració o tractament quirúrgic en el termini màxim de set dies des del dia en què ha tingut lloc, i adjuntar un certificat estès pel metge cirurgià, o el que hagi actuat, on consti el nom o els cognoms del pacient, el centre hospitalari on ha estat intervingut o tractat, data i mena d'intervencions o tractaments que s'han practicat i informe clínic.
- 4) El dret a la percepció de la prestació és únicament per a aquelles intervencions, exploracions o tractaments especials efectuats dins del territori nacional.

III. COBERTURA D'HOSPITALITZACIÓ QUIRÚRGICA

En cas que se subscrigui aquesta garantia, es percep la quantitat econòmica contractada per cada dia que l'assegurat roman ingressat en un centre hospitalari, fins a un màxim de noranta (90) dies, si aquest ingrés és motivat per una intervenció quirúrgica establerta a l'annex I d'aquest condicionat.

Així mateix, donen dret a aquesta prestació els ingressos a la unitat de vigilància intensiva o a la unitat de cures intensives d'un centre hospitalari, sense que siguin conseqüència d'intervenció quirúrgica, en les mateixes condicions que les que s'estableixen en aquest condicionat per a les hospitalitzacions per intervenció quirúrgica.

Article 16. TERMINIS

Els dies de permanència en un centre hospitalari es computen des del dia en què té lloc la intervenció fins al dia que se surt del centre, ambdós inclosos. El dia en què se surt del centre es computa com a mig dia si l'hora de sortida ha estat anterior a les catorze (14) hores.

En les intervencions que es facin en diversos temps o necessitin un nou acte quirúrgic en el termini d'un any, es computen els dies indemnitzables acumulant els dies que corresponen als diferents períodes de permanència al centre hospitalari, fins a l'esmentat màxim de noranta (90) dies.

Article 17. EXCLUSIONS

No donen dret a indemnització les estades en centres hospitalaris motivades per processos patològics derivats de causes congènites o que ja existien abans de contractar la pòlissa o per les excepcions que es contemplen a l'article 14 d'aquest condicionat.

Només s'abonen els dies d'hospitalització derivats de la intervenció quirúrgica realitzada i no s'abonen els que han estat motivats per altres ingressos mèdics o socials no derivats d'aquesta intervenció.

Article 18. REQUISITS

Per tenir dret a la indemnització econòmica d'hospitalització quirúrgica, cal:

- 1) Estar al corrent del pagament de quotes.
- 2) Sis mesos, com a mínim, d'inscripció, tret dels internaments derivats de l'embaràs o tractaments obstètrics, que n'exigeixen vuit (8). S'aplica el mateix període de carència en cas d'ampliació de la indemnització contractada per a aquesta prestació. En el supòsit d'hospitalització motivada per accident no s'aplica cap període de carència.
- 3) Notificar a la Mutualitat l' internament i adjuntar:
 - a) En el termini màxim de set dies des del dia en què que s'ha practicat la intervenció, un certificat estès pel metge especialista que atén l'interessat on hi constin el nom i els cognoms del pacient, el centre hospitalari on l'han intervingut, la data i la mena d'intervencions o tractaments que s'han practicat i l'informe clínic.
 - b) En el termini màxim de set dies des del dia en què ha acabat l'estada al centre hospitalari, una certificació signada pel metge especialista que ha atès l' intervingut i signada per l'administració del centre hospitalari, on s'acrediti la data i l'hora en què el pacient ha estat donat d'alta.
 - c) En el supòsit que hi hagi reincidència, les correlatives certificacions per a cadascuna.

Un cop completada la documentació i un cop s'han obtingut els informes tècnics pertinents, la Mutualitat fa la liquidació de la indemnització corresponent, o bé comunica a l'interessat la denegació de la sol·licitud.
- 4) El dret a la percepció de la prestació és únicament per a les intervencions efectuades en el territori nacional.

IV. DISPOSICIONS COMUNES

Article 19. 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 reassuradores, 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 la Llei 35/2006 que aprova la Llei de l'impost sobre la renda de les persones físiques i el Reial decret 1775/2004 que n'aprova el Reglament.

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.

La Mutualitat ha celebrat el contracte i elaborat la pòlissa d'acord amb la Sol·licitud del prenedor de l'assegurança i en base a les seves respostes al Qüestionari previ corresponent, així com en base a les declaracions que sobre el seu estat de salut formuli l'assegurat al

qüestionari o reconeixement mèdic oportú, úniques dades conegudes per la Mutualitat i d'aquí la importància d'una exacta i correcta declaració.

Article 20. 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 contribuiran 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 21. TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

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

Article 22. 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 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, la identitat i el domicili dels respectius titulars.

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 la pot presentar davant del Comissionat per a la Defensa de l'Assegurat i del Partíip de Plans de Pensions.

Article 23. JURISDICCIO

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

Article 24. 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.

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. Aquesta actualització es fonamentarà en l'augment de la freqüència de les prestacions, la

incorporació de noves cobertures o qualsevol altra paràmetre de conseqüències similars. En qualsevol cas, es tenen en compte els principis d'indivisiabilitat, 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 25. DECLARACIÓ, DISMINUCIÓ I AGREUJAMENT DEL RISC

25.1 Valoració del risc.

El present contracte té com a base les declaracions formulades pel prenedor de l'assegurança en la corresponent Sol·licitud o en la Proposició que, si s'escau formuli la Mutualitat, així com en el Qüestionari presentat per aquest i emplenat pel prenedor de l'assegurança, la qual cosa motiva l'acceptació del risc per part de la Mutualitat i determinarà els drets i obligacions derivades del present contracte per a ambdues parts.

Si el contingut de la pòlissa difereix de la proposició o de la Sol·licitud d'assegurança, podrà esmenar aquesta divergència mitjançant reclamació per part del prenedor de l'assegurança, en el termini d'un mes a comptar de la data efecte de la pòlissa. Transcorregut aquest termini sense haver-se efectuat l'esmentada reclamació, s'estarà al que disposa la pòlissa

Abans de la subscripció del contracte, s'han de declarar pel prenedor de l'assegurança totes les circumstàncies conegudes pel mateix que influeixin en la valoració del risc per part de la Mutualitat, contestant molt especialment i amb detall les preguntes del Qüestionari que aquest hagi presentat.

El prenedor de l'assegurança o assegurat ha de declarar en el qüestionari de salut previ a la contractació de la pòlissa, si ha tingut o té una pòlissa d'assegurances que cobreixi el mateix risc que ha contractat amb la Mutualitat. En cas afirmatiu, la Mutualitat pot reduir el capital assegurat.

Si contracta una pòlissa que cobreixi el mateix risc amb posterioritat a l'emesa amb la Mutualitat haurà de comunicar-ho a aquesta en el termini d'1 mes des de la seva contractació.

Si es produeix un sinistre i, de les dades aportades es descobreix que el beneficiari de l'assegurança ha faltat a la veritat, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva prestació i procedirà a la baixa immediata del contracte d'assegurança.

25.2 Agreujament 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.

25.3 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 26. 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 27. 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.