



**CONDICIONES
GENERALES**

ASISTENCIA ACTIVA
Salud, dental y legal

ÍNDICE

Condiciones generales	Página
Artículo preliminar	
• Definiciones	3
<hr/>	
Bases del título	
Art. 1. Objeto de la cobertura y exclusiones	3
Art. 2. Ámbito territorial	6
Art. 3. Personas asegurables y no asegurables y limitaciones de las coberturas	6
Art. 4. Perfección, efectos y extinción del título	6
Art. 5. Pago de la cuota	7
Art. 6. Información sobre lo concerniente al título	7
Art. 7. Agravación del riesgo durante la vigencia del título	8
Art. 8. Facultades de la Mutualidad ante la agravación del riesgo	8
Art. 9. Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo	8
Art. 10. Disminución del riesgo	8
Siniestros	
Art. 11. Derecho a percibir la prestación	9
Art. 12. Prestaciones	9
Art. 13. Extinción de la prestación	10
Art. 14. Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o el asegurado	10
Art. 15. Prescripción	10
Art. 16. Arbitraje y jurisdicción	11
Art. 17. Instancias de reclamación y quejas	11

CONDICIONES GENERALES

ENTIDAD ASEGURADORA

PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL entidad aseguradora, con domicilio social en España, Vía Layetana, nº 20 de Barcelona, C.I.F. 08745234, ejerce su actividad bajo la vigilancia y control de las autoridades españolas a través de la Direcció General de Política Financera, Assegurances i Tresor del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya, figurando inscrita en el Registro de Mutualidades de Previsión Social Voluntaria de Cataluña con el nº 0029, y cuenta con la debida autorización administrativa para operar en aquellos ramos que comercializa.

LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente título se rige por lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en su normativa de desarrollo; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados; Ley 10/2003 de las Mutualidades de Previsión Social Voluntaria (B.O.E. del 18 de julio, y por el Reglamento de las Mutualidades de Previsión Social aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre (B.O.E. del 17 de enero de 2003); Reglamento (UE) 2016/679 de Protección y Tratamiento de Datos Personales; Ley Orgánica 2/2018 de 5 diciembre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, sobre el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros (Boletín Oficial del Estado de 17 de mayo de 2006), y a las adaptaciones de la misma que se produzcan.

CONSENTIMIENTO A LA MUTUALIDAD

Conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de Protección y Tratamiento de Datos Personales, el tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario otorgan su consentimiento expreso al asegurador para que sus datos personales sean incluidos y tratados en un fichero automatizado del que es responsable PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL, Vía Layetana, nº20, ático - 08003 Barcelona, **a la que podrán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición.**

Los datos facilitados serán tratados de forma confidencial, conservándose durante el tiempo que el contrato de seguro esté vigente o el tiempo necesario para poder atender las obligaciones legales que sean aplicables y dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, siempre de conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y de la Ley Orgánica 2/2018.

También otorgan su consentimiento expreso al envío por parte de PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL de comunicaciones referentes a productos y servicios de su interés, así como que sus datos personales pueden ser cedidos a organizaciones directamente relacionadas con PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL con el objetivo de poder cumplir con las obligaciones contractuales, finalidades estadísticas, así como las exigidas o permitidas por la legislación vigente.

ARTÍCULO PRELIMINAR

DEFINICIONES

Mutualidad: Asociación que recibe las cuotas y se hace cargo de la prestación regulada en este documento.

Asociado o tomador: Persona física o jurídica que forma parte de la Mutualidad. La relación de protección nacerá siempre con la intervención directa del asociado.

Sujeto protegido o asegurado: Persona física expuesta al riesgo o suceso, relacionados con la propia vida.

Beneficiarios: Personas que, cumplidas las normas de protección aquí reguladas, recibirán la prestación correspondiente.

Título o póliza: Documento que contiene las condiciones reguladoras de la cobertura. Forman parte integrante del título las condiciones particulares que individualizan el riesgo; el reglamento de la sección, que establece las condiciones generales, y los suplementos o los apéndices que se emiten al mismo, para completarlo o modificarlo.

Cuota o prima: Precio de la cobertura.

Material de osteosíntesis: Piezas o elementos, metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares, mediante intervención quirúrgica o para la estabilización del foco fracturario.

Prótesis ósea: Es la sustitución o restitución de una articulación afectada, total o parcialmente.

Quedan excluidas las prótesis dentales.

BASES DEL TÍTULO

ARTÍCULO 1

OBJETO DE LA COBERTURA

COBERTURA BÁSICA OBLIGATORIA

HOSPITALIZACIÓN MÉDICO Y QUIRÚRGICA

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares de la póliza por el número de días que permanezca internado el sujeto protegido (asegurado) en un centro sanitario, por prescripción médica para recibir asistencia de carácter médico o quirúrgico.

Limitaciones:

Como días de permanencia, se computarán desde aquél en que tenga lugar la intervención o la asistencia médica hasta el de salida del centro sanitario, ambos inclusive. **La indemnización ampara un período máximo de noventa días por anualidad de la póliza. Queda entendido que este periodo de 90 días al año puede consumirse en uno o varios siniestros.**

COBERTURAS OPCIONALES:

Siempre que así se haga constar en condiciones particulares de este título, también podrán quedar suscritas las siguientes prestaciones:

GASTOS OCASIONADOS POR MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y PRÓTESIS ÓSEAS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se garantiza el pago de los gastos derivados de la utilización de material de osteosíntesis y prótesis óseas por causa de una intervención quirúrgica, hasta el límite económico anual establecido en las condiciones particulares.

Limitaciones:

Los gastos indemnizables se computarán acumulando los correspondientes a las distintas intervenciones que puedan producirse en cada anualidad del título, sin que en ningún caso el total pueda exceder del máximo anual previsto en esta cobertura.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se garantiza el pago de los gastos médicos ocasionados por una intervención médico-quirúrgica, hasta el límite económico anual establecido en las condiciones particulares.

Limitaciones:

Los gastos indemnizables se computarán acumulando los correspondientes a las distintas intervenciones que puedan producirse en cada anualidad del título, sin que en ningún caso el total pueda exceder del máximo anual previsto en esta cobertura.

CARENCIAS APLICABLES

Las coberturas de intervención quirúrgica, y gastos de osteosíntesis tomarán efecto una vez superado los periodos de carencia siguientes:

1. En general, 6 meses.
2. Por embarazo o parto, 18 meses.
3. Por varices, 24 meses.

NO SE APLICARÁ CARENCIA si el hecho causante es un accidente por causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del sujeto protegido o bien enfermedad por urgencia vital. Del mismo modo, no se aplicará carencia alguna, en ningún caso, a la cobertura de hospitalización médico y quirúrgica.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Hospitalización médico-quirúrgica:

- a) Los estudios básicos de la esterilidad, técnicas de reproducción humana asistida y tratamientos.
- b) Las estancias en centros sanitarios de carácter voluntario o preventivo no derivadas de proceso patológico.
- c) La medicina preventiva en general, así como los tratamientos dietéticos y en balnearios, así como las curas de reposo.

Intervención quirúrgica:

- Las intervenciones de carácter voluntario o preventivo no derivadas de proceso patológico o accidente.

Gastos de osteosíntesis

- Quedan excluidas las prótesis dentales y material ortopédico u órtesis.

EXCLUSIONES GENERALES

POR CAUSAS CONTRACTUALES

- a) Causas expresamente excluidas.

POR ENFERMEDADES

- b) SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e intervenciones quirúrgicas derivadas.
- c) Las enfermedades mentales o nerviosas, síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenia, psicosis no esquizofrénica, perturbación mental y cualquier trastorno de personalidad. Están también excluidos los trastornos psicóticos, los trastornos de la conducta alimentaria, y todas las patologías ocasionadas o desarrolladas por el estrés, así como las depresiones o síndromes ansiosos.
- d) Todas aquellas que no sean clínicamente comprobables, o bien cuya única manifestación sea el dolor (como por ejemplo, la fibromialgia, el síndrome de cansancio crónico, cefaleas...).
- e) Tratamientos o intervenciones con finalidades estéticas y/o cosméticas. Quedan así mismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético (escleroterapia, láser varices), las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y tratamientos dermoestéticos en general y los tratamientos capilares.
- f) Las consecuencias y/o complicaciones derivadas de tratamientos terapéuticos no imprescindibles o negligentemente aplicados, así como los derivados de la sumisión a

Modalidad Prestación:

tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para el ejercicio de la medicina.

POR ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA

g) Deportes de motor y otros: Automovilismo en cualquier modalidad (autocross, rally, etc.); motociclismo (supermoto); ciclismo artístico o similares; así como carreras o competiciones. Deportes de combate o de fuerza: artes marciales, lucha libre, boxeo y variantes, halterofilia. Deportes de equipo o de pista: fútbol americano o australiano; rugby, hockey sobre hielo o sobre patines, cricket, polo.

POR ACTOS DERIVADOS DE LA CONDUCTA

- h) Las enfermedades o accidentes cuya causa, así como sus complicaciones y secuelas, sean originadas por la ingestión de bebidas alcohólicas, por toxicomanía, por intento de suicidio, por autolesiones/mutilaciones, y las prolongadas por el mismo asegurado.
- i) Actos de imprudencia temeraria, lucha, pelea (salvo en el caso probado de legítima defensa), o por intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

POR OTRAS CAUSAS

- j) Las alteraciones del estado de salud por una modificación cualquiera de la estructura atómica o nuclear de la materia o sus efectos térmicos radiactivos u otros, o de aceleración artificial de partículas atómicas/nucleares.

ARTÍCULO 2
ÁMBITO TERRITORIAL

Estas coberturas únicamente garantizan las intervenciones, hospitalizaciones o gastos producidos dentro del territorio de los países integrantes de la Unión Europea.

ARTÍCULO 3
PERSONAS ASEGURABLES

En esta prestación se admitirán solicitantes hasta los 80 años de edad.

ARTÍCULO 4
PERFECCIÓN, EFECTOS Y EXTINCIÓN DEL TÍTULO

El título se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción, por las partes contratantes del título. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, salvo pacto en contrario, mientras que el tomador del seguro no hubiera satisfecho el recibo de cuota. En el caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

Las prestaciones del título entran en vigor a las 00.00 horas y terminan a las 24.00 horas de las fechas indicadas en las condiciones particulares.

A la expiración del periodo indicado en las condiciones particulares de este título, se entenderá prorrogado el título por un nuevo período y así sucesivamente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del título mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del título de seguro.

ARTÍCULO 5 PAGO DE LA CUOTA

El asociado está obligado al pago de la primera cuota o cuota única en el momento de perfección del título. Las cuotas sucesivas deberán hacerse efectivas en los correspondientes vencimientos.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la cuota, se entenderá que debe hacerse en el domicilio del asociado.

Si, por culpa del asociado, la primera cuota o la cuota única no han sido pagadas a su vencimiento, la Mutualidad tiene derecho a resolver el título o a exigir el pago de la cuota debida por vía ejecutiva con base en el título. En todo caso, la Mutualidad quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las cuotas siguientes, la cobertura de la Mutualidad queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entenderá que el título queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando el título esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la cuota en curso.

Si el título no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en el que el asociado pagó su cuota.

ARTÍCULO 6 INFORMACIÓN SOBRE LO CONCERNIENTE AL TÍTULO

El asociado o sujeto protegido, en su caso, tiene el deber de mantener informada a la Mutualidad sobre las circunstancias del riesgo, así como el acontecimiento de cualquier hecho, conocido por él mismo, que pueda agravarlo o variarlo.

ARTÍCULO 7

AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL TÍTULO

El asociado o sujeto protegido deberá, durante el curso del título, comunicar a la Mutualidad, lo más pronto posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza

que, si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del título, no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

ARTÍCULO 8

FACULTADES DE LA MUTUALIDAD ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

La Mutualidad puede proponer una modificación de las condiciones del título en el plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el asociado dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del asociado, la Mutualidad puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el título previa advertencia al asociado, dándole un nuevo plazo de quince días para que conteste. Transcurridos, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará la rescisión definitiva.

El asegurador podrá rescindir el título mediante declaración dirigida al tomador del seguro o asegurado, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Desde el momento mismo en que el asegurador haga esta declaración, quedarán de su propiedad las cuotas correspondientes al periodo en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniere antes de que el asegurador hubiere hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la cuota convenida en el título y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del tomador del seguro, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 9

CONSECUENCIAS DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si sobreviniera un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, la Mutualidad quedaría liberada de su prestación si el asociado o el sujeto protegido hubiesen actuado de mala fe.

En otro caso, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo de cobertura que dé lugar a un aumento de la cuota, cuando por esta causa queda rescindido el título, si la agravación es imputable al sujeto protegido, la Mutualidad hará suya en su totalidad la cuota cobrada.

Modalidad Prestación:

Siempre que dicha agravación se haya producido por causas ajenas a la voluntad del sujeto protegido, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de cuota satisfecha correspondiente al periodo que falte transcurrir de la anualidad en curso.

ARTÍCULO 10 DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza, que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto, el asegurador deberá reducir el importe de la cuota futura, en la cuantía que corresponda.

Si el asegurador no accediera a dicha reducción de cuota, el tomador del seguro podrá exigir la resolución del título, así como la devolución de la diferencia existente, entre la cuota satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

SINIESTROS

ARTÍCULO 11 DERECHO A PERCIBIR LA PRESTACIÓN

Para poder percibir las prestaciones suscritas, se requiere:

- 1. Estar al corriente en el pago de las cuotas.**
- 2. Notificar la hospitalización o intervención a la Mutualidad dentro de los 7 días siguientes en que se produzca, o con anterioridad a ella si está planificada.**
- 3. El asegurado deberá aportar informe médico explicativo de la hospitalización y /o intervención.**

ARTÍCULO 12 PRESTACIONES

En el supuesto de siniestro cubierto por este contrato, la Mutualidad pagará la indemnización de la siguiente manera:

Las cantidades que la Mutualidad deba en virtud de esta póliza, se tienen que hacer efectivas al asegurado correspondiente dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que la Mutualidad haya tenido conocimiento del alta del asegurado **al efecto de este contrato**. El asegurado deberá firmar el finiquito pertinente.

Modalidad Prestación:

En caso que la indemnización propuesta o satisfecha por la Mutualidad no sea aceptada por el tomador y/o asegurado, las partes se deberán someter al sistema pericial contradictorio, de acuerdo a lo previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley 50/1980 del contrato del seguro.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro la Mutualidad no ha indemnizado el importe total por una causa no justificada o que le sea imputable, la indemnización se incrementa en el porcentaje establecido legalmente.

ARTÍCULO 13 EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por:

- a) **Defunción del asegurado.**
- b) **Cumplir el asegurado los 80 años de edad.**

ARTÍCULO 14 OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O EL ASEGURADO.

El tomador del seguro, y si procede, el asegurado o el beneficiario, tienen la obligación siguiente:

- a) Comunicar a la Mutualidad, la formalización de cualquier otro seguro de naturaleza idéntica que se refiere a la misma persona.
- b) Comunicar a la Mutualidad, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio que figura en las condiciones particulares de la póliza.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que la Mutualidad pueda reclamar los daños y perjuicios que se irroguen. Si la causa del incumplimiento es por dolo o culpa grave por parte del asociado o del sujeto protegido, perderán el derecho a la indemnización.

Si el contenido de la póliza difiere de la propuesta del seguro, o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro puede reclamar a la Mutualidad, en el plazo de un mes a contar desde la emisión de la póliza, que se resuelva la divergencia existente. Si una vez transcurrido este plazo no se ha efectuado ninguna reclamación, se estará a lo dispuesto en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 15 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de este título prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 16 **ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN**

En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por la Mutualidad no sea aceptada por el tomador y/o asegurado, las partes se deben someter al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con lo previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 17 **INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y QUEJAS**

Este apartado se ajusta a lo establecido en los artículos 22 y siguientes de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

PERSONAS LEGITIMADAS

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios o causahabientes de cualquiera de los anteriores.

PRESENTACIÓN DE LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

Las quejas y las reclamaciones deberán presentarse en un plazo no superior a los dos años, a contar desde la fecha en que el reclamante tuviera conocimiento de los hechos causantes de la queja/reclamación o, en su caso, mientras no haya prescrito la acción para reclamar judicialmente.

La queja o reclamación podrá realizarse personalmente o por representación debidamente acreditada, mediante presentación de escrito o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos se ajusten a lo legalmente establecido con respecto a la firma electrónica, dirigiéndose al Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial y pudiéndose presentar en las oficinas centrales o sucursales de la Mutualidad.

Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial

Vía Layetana, 20

08033 BARCELONA

Teléfonos: 900 84 71 23 - 902 53 33 30 - Fax: 93 702 58 99 – 93 295 63 12

E-mail: atencioncliente@previsora.es

REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

- Identificación del reclamante. En caso de servirse de representante, deberá acreditar esta representación por cualquier medio admitido a derecho.
- Identificación de la póliza respecto a la que formula queja o reclamación.
- Causas que motivan la queja o la reclamación, con la posibilidad de aportar, en su caso, copia de cuantos documentos avalen su posición.

Modalidad Prestación:

- Identificación de la sucursal, el departamento, el agente o el mediador de seguros, si su queja o reclamación tiene como causa su actuación.
- Solicitud que formula al Servicio de Atención al Cliente.
- Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o la reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

SUPUESTOS DE INADMISIÓN DE LAS QUEJAS Y LAS RECLAMACIONES

- Cuando respecto a los mismos hechos se esté sustanciando causa civil o penal ante la jurisdicción ordinaria, ante una instancia administrativa o mediante arbitraje.
- Cuando se pretenda tramitar como queja o reclamación recursos o acciones distintos, cuyo conocimiento sea competencia de los organismos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma se encuentre pendiente de resolución o litigio, o el asunto haya sido resuelto en aquellas instancias.
- Cuando los hechos, las razones y la solicitud en que se concreten las cuestiones objeto de la queja o reclamación no se refieran a operaciones concretas o no se ajusten a requisitos.
- Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores o resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación con los mismos hechos.

FINALIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN

El Servicio de Atención al Cliente dictará resolución en el plazo máximo de dos meses, a contar desde la fecha en que la queja o la reclamación fueran presentadas, a los que se adicionarán los días en los que el expediente haya quedado en suspenso para la subsanación de errores en la presentación.

COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO

Para la admisión de una reclamación ante la Dirección General de la Política Financiera y Seguros de la Generalitat de Catalunya, deberá acreditarse el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Haber formulado previamente reclamación por escrito al Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad.
- Haber transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación al Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o denegada su petición.

JURISDICCIÓN COMPETENTE

El juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato será el del domicilio del tomador.





Oficinas centrales
Via Laietana, 20
Barcelona, 08003
Telf.: 93 295 63 00