

ANEXO 2. Previtax

CERTIFICADO DE COBERTURA PARA LA PÓLIZA – PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL

DISPOSICIONES PREVIAS

Mutualidad Previsora Agro-Industrial asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza las prestaciones, siempre que conste de tal manera en las condiciones particulares de la póliza.

Sujeto protegido o asegurado: La persona asegurada será el tomador de la póliza, y cuando éste sea una persona jurídica, la garantía se podrá aplicar al conductor habitual que conste declarado.

Ámbito territorial: El ámbito territorial será todo el territorio nacional (Península e islas), todos los países que constituyen el territorio del Espacio Económico Europeo, Suiza, Noruega, Islandia y Principado de Andorra.

PERSONAS ASEGURABLES

Solicitantes que dados de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social en la profesión de conductores de transporte público con taxímetro, tengan entre 30 y 50 años de edad. Los asociados que cumplan los 65 años causarán baja a todos los efectos. No obstante, y en caso de que el asociado continúe en el ejercicio de dicha profesión, el periodo se podría alargar hasta los 70 años, previa autorización por parte de la Mutualidad.

La cuota se adecuará en cada momento al grupo de edad de riesgo que corresponda en ese momento.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio de la Mutualidad, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

CUESTIONARIO DE SALUD

En tanto no sea firmado por el sujeto protegido y devuelto a la Mutualidad, el cuestionario de salud que se acompañará a las condiciones particulares, no serán operativas las coberturas contratadas.

La Junta Directiva es la depositaria de la autoridad para ampliar las exclusiones que, en su caso, se consideren convenientes, una vez haya valorado el riesgo, a través del cuestionario de salud firmado.

PRESTACIONES GARANTIZADAS

Subsidio por enfermedad y accidente. El seguro de incapacidad temporal Previtax, **exclusivo para taxistas**, se instrumenta bajo el régimen **Autónomo**, y contiene un tipo de prestación que depende del tiempo que dure la contingencia.

La definición y el alcance del siniestro, a efectos del presente contrato, son ajenos y no siguen los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público, y por tanto **la calificación de dicho siniestro, la define y determina exclusivamente el contenido de este contrato de seguro.**

El seguro se contrata con un **periodo de franquicia de 4 días en caso de enfermedad**; por franquicia se entiende el periodo de tiempo inicial del siniestro en el que no se merita el subsidio diario contratado. **Cuando se acaba dicho periodo, comienza la meritación del subsidio diario contratado, que tiene que durar el resto del periodo máximo garantizado que constituye el periodo de cobertura. No existe franquicia alguna en caso de accidente.**

El sujeto protegido que, cotizando bajo el régimen de autónomos y habiendo superado un **periodo de carencia de seis meses** desde su incorporación al título, sufra una enfermedad posterior que le impida el desarrollo TOTAL de su actividad profesional declarada con carácter aparentemente reversible, recibirá una prestación económica en función de la duración de la contingencia hasta un **periodo máximo de 361 días, contados a partir de los primeros cuatro días de franquicia.**

El sujeto protegido que, cotizando bajo el régimen de autónomos, sufra un accidente posterior a la contratación de la póliza, que le impida el desarrollo TOTAL de su actividad profesional declarada con carácter aparentemente reversible, recibirá una prestación económica en función de la duración de la contingencia hasta un **periodo máximo de 365 días.**

Gastos de contratación sustituto: Si como consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, el asegurado tuviese que ser intervenido quirúrgicamente o bien ingresado hospitalariamente, de tal modo que, de acuerdo con los servicios médicos de la mutualidad, estuviese imposibilitado TOTALMENTE para la realización de su trabajo y, sólo en los casos y circunstancias referidos, la Mutualidad abonará previa presentación de factura emitida debidamente por el profesional que haya sustituido al asegurado, hasta un capital máximo de **1000 euros. Dicha cobertura constituye el importe máximo indemnizable por cada año de la póliza; se acumularan los importes parciales que pueda percibir por diferentes siniestros sin que, en ningún caso, la suma total pueda exceder del citado capital máximo anual.**

Para que esta cobertura surta efecto, el asegurado deberá demostrar fehacientemente la necesidad ineludible de la contratación de un profesional sustituto, quedando excluidos los familiares de hasta segundo grado.

Asimismo, quedarán garantizados los siguientes supuestos:

- Fracturas de cráneo y columna vertebral, **excluidas las fracturas de apófisis vertebrales, la fractura incruenta de bóveda y base, la fractura maxilar inferior (incruento), la conmoción craneal: conmoción cerebral recuperada, y el latigazo cervical.**
- Fracturas de tórax i pelvis, **excluidas la fractura de costillas sin complicación endotorácica, la fisura de costillas, la fractura o fisura de espinas iliacas, la fractura o fisura de crestas, fisura de esternón.**
- Fracturas de miembros superiores **excluidas las fisuras de miembros superiores.**
- Fracturas de miembros inferiores **excluidas las fisuras de miembros inferiores.**
- Fracturas abiertas.
- Luxaciones, **excluidas las luxaciones de dedos, luxación de escápula (incruento), luxación de escápula humeral (incruento), luxación de maxilar inferior, luxaciones recidivantes, lumbalgia (ver apartado de SUPUESTOS ESPECIALES CON PERÍODO DE COBERTURA LIMITADA SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DE 361 DÍAS), lumbociática (ver apartado SUPUESTOS ESPECIALES CON PERÍODO DE COBERTURA LIMITADA SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DE 361 DÍAS).**

Queda excluida de cobertura, cualquier patología de las excluidas en el apartado CAUSAS POR LAS CUALES NO SE TENDRÁ DERECHO A PERCIBIR NINGUNA INDEMNIZACIÓN.

DELIMITACIONES DE LA COBERTURA

a) Las prestaciones aseguradas, dentro de la anualidad del seguro, en su conjunto, tienen un límite máximo de indemnización de 361 días para enfermedad y 365 días para accidente.

b) En todas las enfermedades o accidentes, el asegurado tiene que recibir asistencia médica facultativa y seguir de manera continuada el tratamiento médico necesario para curar el proceso. Por eso, al efecto del presente contrato, será causa expresa de suspensión del importe de subsidio diario la permanencia del asegurado en lista de espera hasta ser sometido al tratamiento médico necesario.

c) La alteración del estado de salud tiene que impedir temporalmente al asegurado (de una forma que se pueda explicar clínicamente), ejercer **TOTALMENTE** la actividad profesional. El derecho de meritación del subsidio cesa en el momento en que el asegurado pueda volver a sus actividades profesionales habituales, **AUNQUE SEA DE MANERA PARCIAL**, y aunque no se haya curado totalmente.

d) La meritación de los subsidios diarios cesa a partir del momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro sufrido por el asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para ejercer la actividad laboral o profesional declarada en las condiciones particulares.

e) La suma de los días en que se hayan meritado los subsidios diarios por alteraciones del estado de salud del asegurado que, por cualquier motivo, afecten al mismo proceso y/o sean originados por un mismo proceso, no puede ser superior al periodo máximo establecido en las condiciones generales.

En el supuesto que el asegurado haya agotado el periodo máximo de cobertura, de manera consecutiva o en periodos diferentes con intervalos de salud, y se inicie otro siniestro por el mismo proceso o por causas relacionadas, esto se considerará, con carácter general, una prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los periodos consumidos no puede superar el periodo máximo de cobertura. Esto no es aplicable si han transcurrido 12 meses entre la fecha del alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.

f) El subsidio diario que debe satisfacer la Mutualidad es la cantidad señalada en las condiciones particulares, aunque el asegurado sufra varias enfermedades y/o accidentes al mismo tiempo o sobrevenga otra enfermedad u otro accidente a consecuencia del curso clínico de la enfermedad/es y/o accidente/s declarado/s inicialmente. En este último supuesto, el tomador, el asegurado o el beneficiario tienen la obligación de transmitir a la Mutualidad un informe médico que justifique dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad o el nuevo accidente están causados por un proceso diferente del proceso o procesos declarados anteriormente, empieza a contar un nuevo plazo desde la fecha en que se haya producido el inicio de la última enfermedad o el último accidente.

SUPUESTOS ESPECIALES CON PERIODO DE COBERTURA LIMITADA SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DE 361 DÍAS

Si la causa o causas principales de la enfermedad o accidente sufrido es:

- **El embarazo de la asegurada:** El periodo máximo de cobertura que garantiza la Mutualidad queda **LIMITADO** a 45 días para una misma anualidad del contrato y mismo embarazo; es necesario deducir, si procede, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, el derecho de meritación de la prestación cesa el mismo día en que se produce el parto o la cesárea de uno/varios recién nacido/s, aunque la asegurada no haya llegado a la curación total. Dicha prestación tiene un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12

meses a contar desde la fecha en que la asegurada haya estado incluida en la póliza, o si es el caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar desde la fecha de efecto de la modificación.

- **El parto o la cesárea de la asegurada de uno/varios recién nacido/s:** Se garantiza la meritación de una indemnización única equivalente a 20 días del subsidio diario contratado. Y, en caso que se manifiesten enfermedades como consecuencia del parto o la cesárea, dicha prestación se incrementará hasta 25 días más, con un periodo máximo de cobertura LIMITADO A 45 días por la suma de los dos conceptos. Dicha prestación tiene un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha en que la asegurada haya estado incluida en la póliza, o si es el caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar desde la fecha de efecto de la modificación.
- **En caso de lumbalgia o ciatalgia, y/o hernias discales,** el periodo máximo de cobertura será de 4 días y 3 siniestros máximo por anualidad.

CAUSAS POR LAS CUALES NO SE TENDRÁ DERECHO A PERCIBIR NINGUNA INDEMNIZACIÓN

a) Nunca se admitirá a trámite, ni será causa de derecho a subsidio, la situación de incapacidad que, a la presentación de la solicitud al registro de la Mutua, ya haya finalizado.

b) No tendrán derecho a la prestación las incapacidades que deriven de causas expresamente excluidas o bien ya existentes, y no declaradas en el cuestionario de salud.

c) No tendrán derecho a la prestación todas las alteraciones del estado de salud, tanto si son crónicas como si no lo son, las lesiones o los defectos congénitos con origen anterior a la fecha de emisión de la póliza, o aquellas primeras manifestaciones conocidas durante el periodo de carencia pactado, todo y que estén en fase de estudio y no exista un diagnóstico definitivo concreto.

d) No se considerarán situaciones de incapacidad las derivadas directa o indirectamente de las siguientes causas o sus complicaciones:

- Todas las alteraciones del estado de salud, cuya causa sea originada por inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, terrorismo, motín, tumulto popular, manifestaciones, hechos o actuaciones en tiempos de paz de las fuerzas armadas o de las fuerzas o los cuerpos de seguridad, hechos de guerra civil o internacional, por actuaciones tumultuarias en reuniones, manifestaciones o huelgas y hechos declarados por el gobierno como *catástrofe o calamidad nacional* (epidemias, etc.).
En general, los riesgos de carácter extraordinario, cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo a su Estatuto Legal.
- 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.
- Las enfermedades o accidentes cuya causa, así como sus complicaciones y secuelas, sea originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, drogas u otras sustancias tóxicas, utilización de medicamentos sin prescripción médica, el intento de suicidio, autolesiones, así como enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado. Tampoco causarán derecho las prolongadas por el mismo asegurado.
- Las alergias alimentarias graves sometidas a inducción de tolerancia oral.
- El Ulcus gástrico (úlceras de estómago).
- Cualquier tipo de aborto.
- El síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) y/o las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- 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.
- Perturbación mental del asociado.
- Las enfermedades o lesiones derivadas de la participación en apuestas y competiciones, y de la práctica como profesional, así como aficionado, de las siguientes actividades o deportes considerados peligrosos:
 1. Acuáticos: apnea, trampolín (5 m en altura o más), *sky surfing, kitesurf, parascending, kitejumping*.
 2. Aéreos: funambulismo sin red de seguridad o *slack line*, y cualquier medio de vuelo libre con/sin motor o cualquier actividad desarrollada mediante artefacto aéreo, a excepción del globo aerostático
 3. Montaña: alpinismo extremo o a más de 3.000 m de altitud, *ski jumping, ski flying, artistic roller skating, skateboarding, speed skating*, espeleología, escalada o *rocalada* sin arneses de seguridad, halterofilia, *puenting, goming*, salto base traje alas, salto elástico sin arneses.
 4. Deportes ecuestres y otros: rodeo, volteo, doma vaquera, lanceros, caza a caballo, toreo, encierro de reses bravas.
 5. Deportes de motor y otros, como por ejemplo: automovilismo en cualquier modalidad (auto cross, rally, etc.), motociclismo en cualquier modalidad (enduro, supermoto, trial...), motonáutica, ciclismo artístico o similares.
 6. Deportes de combate o de fuerza: artes marciales, lucha libre, boxeo y variantes, culturismo o similares

7. Deportes de equipo o de pista: fútbol (americano, australiano, de playa o similar), rugby, hockey sobre hielo o sobre patines, críquet, polo.

Y cualquier entrenamiento o cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

- El rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- Las enfermedades mentales o nerviosas, síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenia, psicosis no esquizofrénica y cualquier trastorno de personalidad. Están también excluidos los trastornos psicóticos, los trastornos de la conducta alimentaria, y todas las patologías originadas, ocasionadas o desarrolladas por el estrés, así como las depresiones o síndromes ansiosos.
- 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...).
- Los procesos crónicos.
- Las bajas médicas originadas por los tratamientos siguientes o los efectos negativos de éstos:
 1. Tratamientos terapéuticos no imprescindibles o negligentemente aplicados.
 2. Terapias alternativas y complementarias (la acupuntura, la naturopatía, la homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente).
 3. Tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para el ejercicio de la medicina
 4. Tratamientos o intervenciones con finalidades estéticas y/o cosméticas, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas). 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, incluidos los tratamientos capilares.
 5. Quedan también excluidas las bajas médicas por tratamientos quirúrgicos de lesiones dermatológicas superficiales (quistes sebáceos, lentigos, queratosis, etc.)
 6. Quedan excluidas las bajas médicas por corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología.
 7. Quedan excluidas las bajas médicas y/o tratamientos quirúrgicos de hallux valgus (juanetes).

Además, se entienden por RIESGOS EXCLUIDOS todas las reagudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones y los tratamientos específicos de todos los riesgos descritos en este apartado.

PRESTACIONES. SINIESTROS

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

a) Los subsidios diarios correspondientes se meritan a partir del mismo día (incluido) en que se inicia el siniestro, siempre que éste se comunique a la Mutualidad dentro del plazo máximo de 7 días desde su inicio, tal y como se dispone en el artículo 16 de la Ley. **Si la declaración de siniestro se recibe una vez transcurrido este plazo máximo, el asegurado empezará a meritar los subsidios diarios a partir de la fecha en que la Mutualidad haya recibido la documentación mencionada.**

b) En procesos de larga duración, la Mutualidad, una vez conozca todas las circunstancias del siniestro y las haya valorado, puede hacer liquidaciones a cuenta de la prestación económica final. Las cantidades que la Mutualidad deba, en virtud de esta póliza, se tienen que hacer efectivas al beneficiario 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. **El día que el asegurado reciba el alta médica, no merita subsidio diario.**

c) La Mutualidad tiene que pagar los subsidios de acuerdo con lo previsto en las condiciones anteriores.

d) 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.

DERECHO A PERCIBIR LA PRESTACIÓN

Para poder percibir la prestación de subsidio, se requiere:

- (1) Estar al corriente en el pago de las cuotas.
- (2) Llevar como mínimo 6 meses de inscripción en la prestación, excepto intervenciones, exploraciones o tratamientos derivados de embarazo, parto o adopciones, que exigirán 12. No se aplicará periodo de carencia en el caso de accidente.
Será de aplicación el plazo de carencia de 6 meses para los suplementos de incrementos de capital, en la cuantía incrementada.

(3) Que el asociado esté ejerciendo en su profesión declarada, por cuenta propia, en el momento de producirse la incapacidad.

(4) Notificar la incapacidad a la Mutualidad en el momento en que ésta se produzca. El asegurado deberá presentar los siguientes documentos:

- Declaración de siniestro, mediante impreso facilitado por la Mutualidad y firmado por el asegurado, o en su defecto, escrito firmado por el asegurado en el que conste el número de póliza y el nombre, apellidos, edad y domicilio del asegurado, y en el que se detalle la forma de ocurrencia del siniestro.
- Comunicado de baja médica expedida y suscrita por el médico que asista al paciente.
- Informe de urgencias de la fecha del siniestro, en el que el facultativo que visita al asegurado informe de la enfermedad y/o accidente, las causas, si el paciente realiza reposo absoluto en domicilio o reposo relativo, si la enfermedad le impide dedicarse a su actividad profesional de manera total o parcial, la fecha probable del comienzo del proceso, la fecha en que ha empezado a asistirlo, el pronóstico sobre la duración de la enfermedad que padezca, y finalmente la fecha en que se emite el informe.
- Pruebas diagnósticas (radiografía, resonancia magnética, TAC...).

Asimismo, la Mutualidad podrá solicitar de la persona asegurada tantos documentos o revisiones médicas como precise para determinar el grado de incapacidad que padezca.

EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por: Mejora de la situación causante de la baja, defunción del asegurado, negativa del asegurado a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos aconsejados para su mejora, impedimentos y/o negativas del asegurado a ser reconocido facultativamente, alargamiento voluntario de la baja, realización de actividades por cuenta propia o ajena, aunque no sean remunerables, estando de baja médica, cumplir el asegurado los 65 años de edad.

El contrato se extingue con carácter retroactivo en el mismo momento en que se producen los siguientes casos, aunque no se hayan comunicado previamente a la Mutualidad:

- 1. Si el asegurado deja de hacer su actividad laboral o profesional habitual o pasa a una situación de paro o jubilación.**
- 2. Si se puede diagnosticar médicamente que la enfermedad o el accidente que ha motivado el siniestro sufrido por el asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para ejercer la actividad laboral o profesional declarada en las condiciones particulares.**

En los dos casos, la Mutualidad tiene la obligación de extornar al tomador del seguro, la parte de prima satisfecha que corresponda al periodo por el que, como consecuencia de la extinción, no se cubra el riesgo.

SERVICIOS MÉDICOS

Serán los servicios médicos de la Mutualidad quienes determinarán en cada caso los días de prestación correspondientes, cuando el sujeto a proteger haya elegido la prestación en función del tiempo que dure la contingencia.

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) El asociado, o el sujeto protegido o el beneficiario, deberán comunicar a la Mutualidad el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido y antes de que la situación de incapacidad temporal haya finalizado, salvo pacto en contrario.
En todos los casos, el asociado o el sujeto protegido deberán facilitar a la Mutualidad toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro. Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el asociado o el sujeto protegido deberán:

- Dar a la Mutualidad toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro.
- Enviar a la Mutualidad, en periodos no superiores a treinta días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
- Poner en conocimiento de la Mutualidad, dentro del plazo máximo de 7 días, la muerte acaecida durante el periodo de curación.

- Minorizar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios que tengan a mano para el restablecimiento rápido del asegurado. El incumplimiento por parte del asegurado de esta obligación con la intención manifiesta de perjudicar a la Mutualidad con la prolongación del siniestro libera a la Mutualidad de cualquier prestación derivada del siniestro.
- 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.

PRESCRIPCIÓN

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

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.

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: 902 53 33 30 / 900 84 71 23 - Fax: 93 702 58 99

E-mail: atencioclient@previsora-agro-industrial.com

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.
- 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.