Previsora
AGRO-INDUSTRIAL

CONDICIONES
GENERALES

PREVITAX
Subsidio para taxis

CONDICIONES GENERALES	**PREVISIÓN INTEGRAL** Producto Previtax Seguro de incapacidad temporal

ÍNDICE

Condiciones generales	**Página**
Artículo preliminar	
• **Definiciones**	**4**
Bases del título	
Art. 1. Objeto de la cobertura	5
Art. 2. Ámbito territorial	6
Art. 3. Personas asegurables y no asegurables	6
Art. 4. Cuestionario de salud	6
Art. 5. Perfección y efectos del título. Rescisión del título	6
Art. 6. Pago de la cuota	7
Art. 7. Indemnización máxima	7
Art. 8. Información sobre lo concerniente al título	7
Art. 9. Agravación del riesgo durante la vigencia del título	8
Art. 10. Facultades de la mutualidad ante la agravación del riesgo	8
Art. 11. Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo	9
Art. 12. Disminución del riesgo	9
Siniestros	
Art. 13. Delimitaciones de la cobertura	9
Art. 14. Supuestos especiales con periodo de cobertura limitada	10
Art. 15. Causas por las que no se tendrá derecho a percibir indemnización alguna	11
Art. 16. Prestaciones	13
Art. 17. Derecho a percibir la prestación	14
Art. 18. Extinción de la prestación	14
Art. 19. Servicios médicos	15
Art. 20. Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o el asegurado	15
Art. 21. Arbitraje y jurisdicción	16
Art. 22. Instancias de reclamación y quejas	16
Art. 23. Cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios en seguros de personas	18

CONDICIONES GENERALES

ENTIDAD ASEGURADORA

PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL entidad aseguradora, con domicilio social en España, Vía Layetana, nº 20 de Barcelona, C.I.F. G-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 deoctubre (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 sunormativa de desarrollo; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación,Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; Real Decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero de transposición de la Directiva (UE) 2016/97 UE sobre la distribución de seguros; Ley 10/2003 de las Mutualidades dePrevisión Social Voluntaria (B.O.E. del 18 de julio, y por el Reglamento de las Mutualidades dePrevisión Social aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre (B.O.E. del 17 deenero de 2003); Reglamento (UE) 2016/679 de Protección y Tratamiento de Datos Personales;Ley Orgánica 3/2018 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 demayo, sobre el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros (Boletín Oficial delEstado de 17 de mayo de 2006), y a las adaptaciones de la misma que se produzcan

CONSENTIMIENTO AL ASEGURADOR

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 3/2018.

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

En este condicionado general, se entiende por:

Asegurador o Mutualidad: Persona jurídica que, mediante el cobro de la cuota y dentro de los límites pactados, asume la cobertura de los riesgos previstos en el título.

Tomador del seguro o asociado: La persona física o jurídica, que en su condición de mutualista suscribe el contrato con el asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y los deberes que se derivan de aquél, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado.

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

Título: Documento que se entrega al tomador y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran el título: a) las *Condiciones Generales*; b) las *Condiciones Particulares* que individualizan el riesgo, además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las cláusulas acordadas entre las partes; c) el cuestionario de declaración de salud; d) los suplementos o apéndices emitidos para complementar o modificar la cobertura; e) el baremo de indemnizaciones, en caso de haber contratado las prestaciones de intervención quirúrgica y/o baja por intervención quirúrgica.

Periodo de carencia: Es el período de tiempo en el que no surten efecto las coberturas suscritas. Empieza a contar desde la fecha de suscripción del título o de las ampliaciones de grupos o inclusiones de prestaciones.

Cuota: El precio del seguro cuyo pago por el tomador se justifica, salvo pacto en contrario, mediante la posesión del recibo librado por el asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos y las tasas que sean de legal aplicación.

Definición de enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común y no accidental, confirmadas por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de la medicina y siempre que además precise asistencia facultativa.

Enfermedad, lesión defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del asegurado.

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en el título.

Definición de accidente: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por el título.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por el título.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

Incapacidad temporal: Se entiende por incapacidad temporal la situación acreditable, mediante documento médico que, como consecuencia de accidente o enfermedad, provoque que el sujeto protegido esté totalmente imposibilitado

para ejercer su profesión y cualquier otra ocupación lucrativa de acuerdo con sus conocimientos y aptitudes, con carácter aparentemente reversible.

Esta prestación se puede contratar con periodo de franquicia; por franquicia se entiende el periodo de tiempo inicial del siniestro en el que no se merita la invalidez temporal diaria contratada. Este periodo estará reflejado en las condiciones particulares del título; cuando se acaba dicho periodo, comienza la meritación de invalidez temporal diaria contratada, que tiene que durar el resto de periodo máximo garantizado y que constituye el periodo de cobertura**.**

Siniestro: Hecho cuyas consecuencias están total o parcialmente cubiertas por el título. **El conjunto de los daños derivados de una misma causa, acaecidos en la misma fecha, constituye un solo siniestro.**

BASES DEL TÍTULO

ARTÍCULO 1

OBJETO DE LA COBERTURA

Subsidio por enfermedad y accidente. El seguro de incapacidad temporal, **exclusivo para taxistas,** se instrumenta bajo el régimen de **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 título, 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 título de seguro.**

El seguro se contrata con un **periodo de franquicia mínimo de 4 días en caso de enfermedad, que puede variar en función de las condiciones de contratación suscritas, y que aparecerá reflejado en las Condiciones Particulares del título**; 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 365 días, de los que hay que descontar o restar, el número de días de franquicia contratada.**

El sujeto protegido que, cotizando bajo el régimen de autónomos, sufra un **accidente posterior a la contratación del título, 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**.

ARTÍCULO 2

ÁMBITO TERRITORIAL

El ámbito territorial será todo el territorio español.

ARTÍCULO 3

La cuota se adecuará en cada momento a la edad que vaya alcanzando el asegurado.

Únicamente podrán ser aseguradas las personas que realicen una actividad profesional o labor remunerada, y que estén dados de alta en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente o Mutualidad alternativa o Institución análoga que la legislación determine.

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 aprobación de la solicitud presentada por el tomador/asociado.

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, paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, ataques de *delirium tremens*, sonambulismo, síncopes, vértigos, enfermedades mentales o coronarias, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

ARTÍCULO 4

CUESTIONARIO DE SALUD

Los mutualistas serán aceptados en base a la firma y cumplimentación del cuestionario de salud que se acompañará a la solicitud o, en su caso, del resultado del reconocimiento médico complementario que sea necesario.

La Junta Directiva es la depositaria de la autoridad para admitir las solicitudes presentadas para el ingreso en la prestación y las posibles ampliaciones con las modificaciones o exclusiones que en su caso se consideren convenientes.

ARTÍCULO 5

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 6

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 7

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización máxima que el asociado podrá suscribir tendrá como límite el máximo legal aplicable en cada momento.

ARTÍCULO 8

BASES DEL TÍTULO

Las declaraciones formuladas por el tomador del seguro, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el asegurador, así como el presente título y los Estatutos de la entidad, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del título para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del título y la fijación de la cuota.

ARTÍCULO 9

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.

Entre las circunstancias que pueden resultar agravantes se encuentran las condiciones objetivas del sujeto protegido y sus características profesionales y laborales, como por ejemplo, el cambio del asegurado en lo que se refiere a la actividad profesional o laboral, y la manera en que se desarrolla (por cuenta propia o ajena).

En el caso de que el agravamiento del riesgo no comunicado previamente en el siniestro, consista en haber pasado a trabajar de cuenta propia a cuenta ajena, en relación a la actividad laboral o profesional que realice el asegurado, se aplicará la reducción proporcional de la prestación anterior teniendo en cuenta que:

a) La prestación diaria al asegurado no puede ser superior a los ingresos brutos diarios que el asegurado obtenía en el ejercicio de su actividad laboral o profesional antes que ocurriera el siniestro.

b) Que tomando como base la prestación diaria resultante mencionada, es necesario adaptar la prima convenida a la que se habría aplicado si se hubiera conocido la verdadera entidad del riesgo, y se extornará al tomador del seguro, si procede, la diferencia entre la nueva prima adaptada y la prima satisfecha.

El tomador del seguro o asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al asegurador la existencia de otros títulos, contratados con distintos aseguradores, cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico tiempo.

El asegurador se reserva el derecho de hacer visitas en cualquier momento a los asegurados lesionados. El asegurado está obligado a permitir dicha visita a las personas que al efecto designe el asegurador, y a proporcionarle los datos, indicaciones o informaciones que le interesen.

ARTÍCULO 10

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 11

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. 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 12

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 13

DELIMITACIONES DE LA COBERTURA

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

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.

ARTÍCULO 14

SUPUESTOS ESPECIALES CON PERIODO DE COBERTURA LIMITADA

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 el título, o si es el caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar des de 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 el título, 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**

ARTÍCULO 15

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

POR CAUSAS CONTRACTUALES

a) Causas expresamente excluidas o bien ya existentes, y no declaradas en el momento de la suscripción del título, así como las recaídas de enfermedades o lesiones anteriores, las intervenciones para retirar material osteosíntesis de

enfermedades anteriores, o aquellas primeras manifestaciones conocidas durante el periodo de carencia pactado, aunque estén en fase de estudio y no exista un diagnóstico definitivo concreto.

b) Las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos congénitos con origen anterior a la fecha de emisión del título.

POR ENFERMEDADES

c) Los procesos crónicos, las reagudizaciones de procesos crónicos, y secuelas.

d) Cualquier tipo de aborto y cualquier alteración en el estado de salud durante la interrupción temporal de la actividad laboral por razón del descanso de maternidad, las esterilizaciones voluntarias o procesos derivados de la menopausia o la menstruación.

e) SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

f) 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.

g) 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…).

h) 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). La corrección quirúrgica de la miopía, estigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. 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.

i) Las bajas médicas originadas por los tratamientos siguientes o por los efectos negativos de éstos:

- **Tratamientos terapéuticos no imprescindibles o negligentemente aplicados.**
- **Las 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).**
- **Sumisión a tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para el ejercicio de la medicina.**

j) Quedan excluidas las bajas médicas por tratamientos quirúrgicos de lesiones dermatológicas superficiales (quistes sebáceos, léntigos, queratosis, etc.)

k) Quedan excluidas las bajas médicas y/o tratamientos quirúrgicos de hallux valgus (juanetes).

POR ACTIVIDAD FÍSICA O ACTIVIDAD DEPORTIVA

l) Todas las enfermedades o lesiones y sus consecuencias, derivadas de cualquier práctica deportiva profesional, excepto las incluidas por cláusula específica al efecto.

m) Todas las enfermedades o lesiones y sus consecuencias, derivadas de la práctica deportiva como aficionado de las siguientes actividades o deportes considerados peligrosos:

- Acuáticos: apnea, trampolín (5 m en altura o más), *skysurfing, kitesurf, parascending,*

kitejumping.

- 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.

- Montaña: alpinismo extremo o a más de 3.000 m de altitud, *ski jumping, skiflying, artisticrollerskating, skateboarding, speedskating*, espeleología, escalada o rocalada sin arneses de seguridad, *puenting, goming*, salto base traje alas, salto elástico sin arneses.

- Deportes ecuestres y otros: Rodeo, volteo, doma vaquera, lanceros, caza a caballo, toreo, encierro de reses bravas, carreras o competiciones con y sin obstáculos.

- 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: futbol americano o australiano; rugby, hockey sobre hielo o sobre patines, cricket, polo.

Y cualquier entrenamiento o cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

n) El rescate de personas en mar, montaña o desierto.

o) Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

POR ACTOS DERIVADOS DE LA CONDUCTA

p) 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. Las enfermedades y/o accidentes en los que se detecten en el organismo del asegurado la presencia de drogas o estupefacientes y en aquellos en los que el asegurado supere el grado de alcohol en sangre legalmente establecido para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.

Tampoco causarán derecho las enfermedades prolongadas por el mismo asegurado.

q) 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 CAUSAS CUBIERTAS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS U OTROS SEGUROS OBLIGATORIOS

No se considerarán situaciones de incapacidad, las derivadas directa o indirectamente de las siguientes causas o complicaciones:

r) Las originadas 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.

s) En caso de tener contratada la asistencia sanitaria por accidente, la derivada de accidentes de circulación amparados por el seguro obligatorio de vehículos de motor.

POR OTRAS CAUSAS

t) 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.

u) 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.

ARTÍCULO 16

PRESTACIONES

En el supuesto de siniestro cubierto por este título, el asegurador 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 al asegurador 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 el asegurador haya recibido la documentación mencionada.**

b) En procesos de larga duración, el asegurador, 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 el asegurador deba en virtud de **este título**, se tienen que hacer efectivas al beneficiario correspondiente dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que el asegurador 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.**

En caso que la indemnización propuesta o satisfecha por el asegurador 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 de Seguro.

El asegurador tiene que pagar los subsidios de acuerdo con lo previsto en las condiciones anteriores.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro el asegurador 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.

Queda excluida la prestación, por parte del asegurador, de los servicios médicos y quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica, excepto si tiene contratada la garantía de asistencia sanitaria por accidente, en cuyo caso consultará previamente a la mutualidad la aceptación de la cobertura y su cuantificación económica. Cuando no se cubra por la Mutualidad la garantía de asistencia sanitaria por accidente, los gastos de asistencia irán a cargo del sujeto protegido.

ARTÍCULO 17

DERECHO A PERCIBIR LA PRESTACIÓN

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

(2) Notificar la incapacidad a la mutualidad en el momento en que ésta se produzca. El asegurado deberá presentar los siguientes documentos debidamente cumplimentados:

- Declaración de siniestro, mediante impreso facilitado por el asegurador o, en su defecto, escrito firmado por el asegurado en el que conste el número de título 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 ha padecido la enfermedad con anterioridad y en qué fecha, si la enfermedad le impide dedicarse a su actividad laboral o 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 entidad podrá solicitar de la persona asegurada tantos documentos o revisiones médicas como precise para determinar el grado de incapacidad que padezca.

ARTÍCULO 18

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.**
- **Cumplir el asegurado los 65 años de edad.**
- **El título se extingue con carácter retroactivo en el mismo momento en que se producen los siguientes casos, aunque no se hayan comunicado previamente al asegurador:**
    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, el asegurador 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.

ARTÍCULO 19

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.

ARTÍCULO 20

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 al asegurador 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 deberá 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 deberá 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 deberá:

(1) Dar a la Mutualidad toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro.

(2) Enviar a la Mutualidad, en períodos no superiores a treinta días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.

(3) Poner en conocimiento de la Mutualidad, dentro del plazo máximo de 7 días, la muerte acaecida durante el período de curación.

(4) 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 al asegurador con la prolongación del siniestro libera al asegurador de cualquier prestación derivada del siniestro.

(5) Comunicar al asegurador, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio que figura en las condiciones particulares del título.

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 del título difiere de la propuesta del seguro, o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro puede reclamar al asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la emisión del título, 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 21

ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por el asegurador 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 22

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 aseguradora.

Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial

Vía Layetana, 20
08003 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 del título 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 entidad aseguradora.
- Haber transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora 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.

ARTÍCULO 23

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como *catástrofe o calamidad nacional*.

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quién actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se gestionara el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665)

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por la valoración que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Previsora
AGRO-INDUSTRIAL

PMPE117 E06/21

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